WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MAJ—CZERWIEC

ROK II 1930 NUMER 3

Doc. Dr. med. W. H. MELANOWSKI

UWAGI W SPRAWIE LECZENIA ZAPALENIA WSPÓŁCZULNEGO OCZU NEOSALVARSANEM.

(Referat z Kliniki Ocznej, zesz. II, 1929).

Sprawa zapalenia współczulnego jest niejasna i co do etjologji i co do leczenia.

Ostatnie prace w tej sprawie też podają zupełnie różnolite dane, i jedni autorowie otrzymują dobre wyniki po leczeniu tego cierpienia surowicą przeciwbłoniczą, zastrzykiwaną w dużych dawkach, inni uzyskiwali poprawę po leczeniu wstrząsem, czy to zapomocą zastrzyków śródmięśniowych mleka, czy też przez wywoływanie ropnia powtórnemi zastrzykami terpentyny (po 0,5).

Pozostali wreszcie autorowie stosują chemoterapję pod postacią rtęci, salicylanu sodu lub Neosalvarsanu.

Do preparatów chemicznych, których działanie jest stosunkowo więcej wypróbowane, należy właśnie Salvarsan.

I obecnie, podczas gdy jedni autorzy leczenie Salvarsanem i Neosalvarsanem uważają za niecelowe, a nawet szkodliwe, inni, zapomocą leczenia wcierkami szaruchy wraz z zastrzykami Neosalvarsanu, otrzymywali dobre wyniki i uważają to leczenie nieomal za swoiste.

To też po obserwowaniu kilkunastu przypadków zapalenia współczulnego, leczonych bez Neosalvarsanu i zakończonych zupełną ślepotą, notuję chętnie dwa przypadki osobiście leczone, w których po zastrzykach śródżylnych Neosalvarsanu otrzymałem decydującą poprawę i następcze wyleczenie tego ciężkiego i tak niebezpiecznego dla wzroku cierpienia.

W przypadku pierwszym wyleczenia (opisany w tygodniku „Medycyna" rok 1928, zeszyt 29, str. 553), po zastrzyku 0,15 Neosalvarsanu nastąpił decydujący zwrot w kierunku poprawy u osobnika 34 letniego, któ-

ry po urazie lewego oka zachorował po upływie miesiąca na współczulne zapalenie nerwu wzrokowego z zadrażnieniem ciałka rzęskowego i tęczówki i osadami na tylnej powierzchni rogówki prawego oka. Do wyleczenia tu być może przyczyniło się też przypadkowe ciężkie ropowicowe zapalenie gardła (angina phlegmonosa) — w każdym bądź razie, chory po półtoramiesięcznym leczeniu wyszedł z $^1/_2$ ostrości wzroku i z okiem niezadrażnionem.

Obserwacja powyższego przypadku sprawiła, że w przypadku opisywanym poniżej zastosowałem Neosalvarsan (wraz z rtęcią i jodem) jako leczenie swoiste i, przyznam, że nie doznałem zawodu.

Przypadek dotyczył chorego B. P., lat 34, byłego urzędnika kolejowego, który wskutek choroby psychicznej (schizophrenia) będąc w szpitalu w Tworkach 3 grudnia 1928 r. kawałkiem szkła zranił się umyślnie w okolicę rzęskową prawego oka. W następstwie rany przebijającej twardówkę na granicy rąbka, długości 15 mm, idącej nieco ukośnie na godz. 8-ej, wypadła tęczówka i tworzyła na powierzchni pęcherzyk o średnicy 2,5 mm. Poniżej pęcherzyka wypadłej tęczówki i nieco ku skroni widać było przeświecającą przez ranę tkankę ciałka rzęskowego. Oko było niezadrażnione, widziało $^1/_3$ i dno oczne było widać; oko lewe było zupełnie prawidłowe z pełną ostrością wzroku. Wobec trudności ze względu na stan psychiczny chorego, dokonałem dopiero po 7 dniach, t. j. 10.XII.29 na Klinice Ocznej U. W. w uśpieniu chloroformowem odcięcia wypadłej tęczówki.

Po operacji zalecono zakraplanie codzienne do operowanego oka 1% atropiny. Oko w ciągu tygodnia było niezadrażnione, potem jednak nastąpiło stopniowo zwiększające się przekrwienie okołorzęskowe najpierw oka prawego, a w miesiąc i lewego oka, wraz z łzawieniem oczu, niewielkiemi bólami, światłowstrętem i upośledzeniem wzroku.

Z niezależnych ode mnie powodów zobaczyłem chorego dopiero 18 stycznia 1929 r. i tu stwierdziłem rozwinięte obustronne zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, które musiałem uznać za współczulne.

Mianowicie, obok obustronnego przekrwienia okolicy rzęskowej, szczególnie w oku prawem, w obu oczach było uwydatnione zatarcie rysunku tęczówki, mającej barwę rdzawą; źrenice były zwężone i częściowo przesłonięte złogami barwnikowemi z tęczówki. Źrenica oka prawego w średnicy poprzecznej miała około 2,5 mm. Źrenica oka lewego była też zwężona do 2 mm. Oczy były wrażliwe na dotyk, i dno oczne ledwie przeświecało, a okiem prawem chory zaledwie liczył palce na 0,5 m, okiem lewem na 1 m.

Obok leczenia miejscowego zakraplaniem 2% atropiny, po którem, zwykle na 2-gi dzień, źrenica znów się zwężała, zalecono wcierki szaruchy, jodek potasu doustnie, oraz śródżylne zastrzyki Neosalvarsanu.

Naogół, w ciągu miesiąca leczenia, chory otrzymał 30 wcierek szaruchy, doustnie zażywał 4% rozczyn jodku potasu, 3 łyżki dziennie, oraz miał 3 zastrzyki Neosalvarsanu po 0,15, 0,3 i 0,45 w przerwach siedmiodniowych.

Już w tydzień od rozpoczęcia leczenia nastąpiła poprawa, zmniejszenie się przekrwienia okołorzęskowego i przejaśnienie widzenia, a pod koniec leczenia źrenice były rozszerzone ad maximum, tęczówki przybrały postać prawidłową, tylko na przedniej torebce soczewki, w obrębie źrenic, pozostały ślady zrostów, włóknik i złogi barwnika, przesłaniające częściowo źrenice w obu oczach tak, że pewien czas dno oka było źle widoczne. 15.IV.29 chory był demonstrowany na posiedzeniu Warsz. Tow. Okulistycznego. Oczy były niezadrażnione, źrenice ruchome, u brzegu źrenicznego i pośrodku na przedniej torebce soczewki w obu oczach było dużo drobniutkich złogów barwnikowych po przebytem zapaleniu plastycznem. Osadów na tylnej powierzchni rogówki nie stwierdzono. Dno oka prawego widać nieco niewyraźnie, wskutek złogów barwnikowych na soczewce. Dno oka lewego widać dobrze, ostrość wzroku oka prawego $^{5}/_{18}$ (— 3,OD), ostrość wzroku oka lewego prawidłowa. Pole widzenia i pole barw obu oczu prawidłowe. Badanie lampą szczelinową żadnych innych objawów chorobowych nie wykazało.

Dnia 18.VI.1919 badanie kontrolne na Klinice Ocznej U. W. wykazało, że stan obojga oczu bez leczenia pozostał zupełnie dobry.

Na zasadzie danych powyższych przypadek uważamy za zapalenie współczulne oczu, wywołane zranieniem okolicy rzęskowej oka prawego. Zejście przypadku uważamy za wyjątkowo szczęśliwe, tembardziej, że udało się tu zachować i oko pierwotnie schorzałe, być może i wskutek tego, że zapalenie współczulne zostało rozpoznane dopiero wtedy, kiedy oba oczy były w jednym stopniu zagrożone.

To też we wszystkich przypadkach zapalenia współczulnego, obok leczenia miejscowego, sądzę, że należy koniecznie wypróbować leczenie energiczne wcierkami szaruchy i Neosalvarsanem, co zresztą jest w zgodzie z współczesną opinją większości autorów o leczeniu zapalenia współczulnego.

Prof. dr. E. VOGT, Uniwersytecka klinika położnicza w Tubindze.

W SPRAWIE ZMIANY DIETY KOBIET CIĘŻARNYCH Z UWZGLĘDNIENIEM ZAPOTRZEBOWANIA WITAMIN PRZEZ PŁÓD.

(Referat według Münch. med. Wochenschrift, 1929, Nr. 47).

Zapotrzebowanie witamin przez płód jest bardzo duże. Prawdopodobnie potrzebne są wszystkie witaminy. Witamina *A* ma jakoby umożliwiać rozwój wewnątrzmaciczny; obecność jej w wątrobie płodu można wykazać zapomocą odczynu barwnego $SbCl_3$ i $AsCl_3$. *Vogt* wyciąga z tego wniosek, że ustrój płodowy nagromadza witaminę *A* w wątrobie. Wobec tego zaś, że wzrost płodu podczas ciąży odbywa się niejednakowo szybko, zużytkowanie witaminy *A* okazuje się różnem w zależności od okresu ciąży. Nagół rozwój odbywa się szybciej w drugiej połowie ciąży i wówczas stwierdza się również większe zużytkowanie witaminy *A*. Jeżeli pożywienie matki nie dostarcza płodowi dostatecznej ilości witaminy *A*, wówczas posiada on jednak w wątrobie zapasy tej witaminy, skąd może czerpać dla zaspokojenia istniejącego zapotrzebowania. Pozostałe narządy płodu witaminy *A* nie zawierają.

Również i witamina *B* jest niezbędnie potrzebna płodowi. *Reyher*, *E. Walkhoff* i *O. Walkhoff* stwierdzili w przypadkach porodów przedwczesnych objawy charłactwa, zależne według nich od niedostatecznej ilości witaminy *B*. Również i nawykowe przedwczesne porody mają jakcby zależeć od braku witaminy *B* w pożywieniu matki. — Niedostateczna ilość witaminy *C* prowadzi według badań *E. Walkhoffa* do przekrwienia naczyń włosowatych kości i miazgi zębowej, do zaniku krwinek czerwonych i do odkładania się hemosyderyny w śródbłonkach śledziony. W stanach daleko posuniętych wytwarza się rozrzedzenie kości i zanik szpiku kostnego. W płodach takich stwierdza się znaczne zajęcie układu kostnego, śledziona pozostaje prawidłową. Krwiotwórcze komórki szpiku kostnego są wyraźnie zmniejszone, komórki wytwarzające kostnicę, w zaniku, szkliwo i miazga zębowa znacznie zmienione. Według *Reyhera* brak witaminy *C* w pożywieniu matki może doprowadzić nawet do przedwczesnego przerwania ciąży. *Reyherowi* udało się potwierdzić wyniki otrzymane w doświadczeniach na świnkach morskich również i na 6 spostrzeżeniach klinicznych. Charakterystyczną jest następująca historja choroby:

U pewnej 27 letniej kobiety ciąża uległa przedwczesnemu przerwaniu w 8-ym miesiącu. Badanie histologiczne martwo urodzonego dziecka wykazało prawidłowy stan wątroby, śledziony, serca i płuc. Komórki kościotwórcze okostnej i śródkościa były niedostatecznie czynne. Naczynia włoskowate szpiku kostnego były przekrwione, komórki zaś krwiotwórcze bardzo zmienione.

Na duże znaczenie witaminy *D* pierwszy zwrócił uwagę *Abels*. *Poulsson* donosi o pewnej kobiecie, która stale (4 razy) rodziła nieżywe dzieci; po zastosowaniu leczenia tranem kobieta ta urodziła dwoje żywych dzieci.

Wyniki dotychczasowych badań dowodzą w sposób niewątpliwy ważności witamin *A*, *B*, *C* i *D*. Jaką ilość każdej poszczególnej witaminy potrzebuje płód lub łożysko i czy witaminy mogą się przytem uzupełniać lub zamieniać, pozostaje rzeczą jeszcze niezbadaną. W każdym razie wiemy obecnie z pewnością, że pożywienie matki musi zawierać wymienione witaminy. Dostarczanie witamin w ciąży odbywa się albo drogą naturalną w pożywieniu, albo drogą sztuczną przez karmienie środkami zawierającemi witaminy w obfitości. Pożywienie naturalne zapewnia zwykle dostarczenie w dostatecznej ilości witamin *A*, *B* i *C*. Według badań *Steppa* witaminy te znajdują się w znacznej ilości zwłaszcza w pomidorach, szpinaku, marchwi, kapuście, sałacie, kartoflach, ćwikli, kalarepie, brukwi, rabarbarze, zielonej fasoli, zielonej soczewicy i grochu; następnie w owocach: w pomarańczach, cytrynach, jabłkach, winogronach, gruszkach, śliwkach i w orzechach ziemnych. Witamina *A* i *B* znajduje się przedewszystkiem w jajkach, mleku i produktach mlecznych. Świeże masło w lecie lub masło z trawnej paszy oraz śmietana zawierają bardzo dużo witaminy *A*. Kiełkujące nasiona zawierają nietylko witaminy *A* i *B* lecz również i *C*, powstające dopiero podczas procesu kiełkowania. *Ziegelroth* podaje następujący przepis:

Owoce strączkowe kładzie się na noc do wody o ciepłocie 20°; po 12 godzinach suszy się napęczniałe ziarna i pozostawia na 24 godziny na sicie. Ziarna zaczynają kiełkować i po upływie dalszych 24 godzin kiełki rozwijają się. Wówczas stwierdza się największą zawartość witamin. Ziarna można zużytkować do przygotowania zup, purée, ciast i t. p.

Zawartość witamin jest największą w owocach surowych; gotowanie zmniejsza ilość witamin. Z pośród związków obfitujących w witaminy na pierwszem miejscu należy wymienić tran z dorsza, zawierający jednocześnie witaminy *A* i *D*. Tran z rekina lub tuńczyka zawiera tę samą ilość witaminy *D*, mniej natomiast witaminy *A*. Podawanie tranu ciężarnym nie jest bynajmniej tak łatwem, już choćby ze względu na częste poranne mdłości i wymioty. Jeżeli ustają one jednak w 4-ym miesiącu, to można spróbować podawania tranu. W 4-ym, 5-ym miesiącu wystarcza codziennie jedna pełna łyżeczka do kawy. U kobiet z wrażliwym żołądkiem można podawać tran co drugi dzień. Witamina *D* znajduje się następnie w drożdżach, zawierających poza tem również pewną ilość witaminy *B*. Leczenie drożdżami *Vogt* rozpoczyna również w 4-ym lub na początku 5-go miesiąca. Wystarczają 1—2 łyżeczki do kawy dziennie. Pacjentki znoszą drożdże najlepiej, gdy się je podaje po jedzeniu i gdy miesza się suche drożdże z wodą zwykłą lub mineralną, lub gdy podaje się je z zupą, herbatą albo kawą.

Najczystszą postać witaminy *D* przedstawia Vigantol. Jako dobową dawkę przeciętną *Vogt* podaje 2 drażetki lub 10 — 12 kropel roztworu Vigantolu w oliwie na ciepłem mleku. Po 4 tygodniach należy zarządzić w podawaniu Vigantolu 14 dniową przerwę. Najlepiej postępować według poniższego schematu opracowanego przez *Vogta:*

1). U kobiet ciężarnych, u których nie stwierdza się żadnych szczególnych zaburzeń, rozpoczyna się leczenie witaminowe między 4 — 6 miesiącem ciąży. Podczas zimnej pory roku podaje się tran co 2 — 3 dni. W wolnym dniu podaje się wapń. W ciepłej porze roku stosuje się zamiast tranu suche drożdże.

2). U kobiet z nawykowem ronieniem lub porodami przedwczesnemi lub też ze stałem rodzeniem nieżywych dzieci należy możliwie jaknajwcześniej podawać codziennie 1 łyżeczkę tranu. Najlepszem okazuje się naprzemienne podawanie jednego dnia tranu, następnego zaś suchych drożdży. Według innego sposobu postępowania po 3 — 4 tygodniowem leczeniu tranem podaje się w ciągu conajmniej 3 ostatnich miesięcy Vigantol.

3). Leczenie Vigantolem okazuje się skutecznem również i przy skłonnościach do rzucawki porodowej. Im wcześniej rozpocznie się przestrzeganie odpowiedniej diety, tem skuteczniejszem okazuje się zapobieganie.

Wczesne rozpoczęcie stosowania diety obfitującej w witaminy wchodzi w rachubę u starszych pierwiastek, przy nieprawidłowościach konstytucjonalnych lub związanych z ciążą (Hydramnion), przy bliźniętach lub dużem dziecku i po przebytych uprzednio chorobach nerek.

Dr. med. vet. FELIKS GRÜTTNER, kierownik bakterjologicznego zakładu badawczego rzeźni Quedlinburg.

JAKIE CHOROBY MOŻE PRZENOSIĆ MLEKO ZE ZWIERZĄT NA CZŁOWIEKA?

(Referat według Med. Welt, 1929, Nr. 46).

Mleko może przenosić na człowieka cały szereg zarazków chorobotwórczych. Najbardziej jest znaną sprawa przenoszenia gruźlicy przez mleko zwierząt, i to wyłącznie krów, u których zdarza się nierzadko otwarta gruźlica, zwłaszcza otwarta gruźlica wymion. Również jednak i gruźlica macicy lub gruźlica jelit może doprowadzić do zanieczyszczenia mleka prątkami gruźliczemi. Mleko zawierające prątki gruźlicze wywołuje gruźlicę przedewszytkiem u małych dzieci. Mleka pochodzącego od krów, u których stwierdzono otwartą gruźlicę, nie wolno bez przegotowania oddawać do sprzedaży. Przy gruźlicy zaś wymion nawet przegotowanego mleka nie wolno przeznaczać na cele odżywiania.

Następnie stwierdza się przejście paciorkowców do mleka przy paciorkowcowem zapaleniu wymion: oprócz paciorkowców stwierdza się częstokroć po wydojeniu mleka jeszcze znaczny osad ropny. Wobec tego, że w znajdującem się w sprzedaży mleku mieszanem przeważnie nie stwierdza się rzucających się w oczy zmian, potrzebnem jest bezwarunkowo stałe bakterjologiczne badanie mleka. Zdania w sprawie szkodliwości mleka zawierającego paciorkowce są jeszcze podzielone. Możliwe jest, że pewne zapalenia gardła i jelit u niemowląt zależą od karmienia tem właśnie zawierającem paciorkowce mlekiem. Mleko pochodzące z wymion dotkniętych zapaleniem należy w pojęciu przepisów o środkach spożywczych uważać za zepsute: dla niemowląt przedstawia ono szkodliwy środek odżywczy.

Zaraza pyska i racic przenosi się często przez mleko na człowieka. Stwierdza się obecność pęcherzyków i owrzodzeń na wargach, w jamie ustnej, na łożysku paznokciowem palców rąk i nóg, w cięższkich zaś przypadkach również nieżyt żołądka i jelit. Również i jad wścieklizny może przejść do mleka. Niebezpieczeństwo jednak przeniesienia choroby jest niewielkie, wścieklizna bowiem zdarza się u bydła bardzo rzadko i przy nieuszkodzonym przewodzie pokarmowym mleko nie może spowodować zakażenia.

Prątek wąglika przenika w posuniętym okresie choroby ze krwi do mleka. Przeniesienie przeto choroby na człowieka za pośrednictwem mleka leży w granicach możliwości.

Zarazek chorobotwórczy zakaźnego ronienia krów, Bacillus Abortus Bang, jest identyczny lub przynajmniej bardzo zbliżony do zarazka gorączki maltańskiej. Można go wykazać nietylko w błonie śluzowej macicy, lecz również i w mleku krów. Zarazek może się przenieść na ludzi doglądających krów lub pijących surowe zakażone mleko. Przy gotowaniu mleka prątek Banga ginie.

Przejście Bacillus enteritidis Gärtner do mleka nie zostało dotychczas dowiedzione, historja jednak zatrucia notowanego w okolicy Koblencji w r. 1928 wykazuje, że albo prątki Gärtnera, albo jadowite produkty ich przemiany materji mogą przejść do mleka. Zatrucie wystąpiło u 80 osób po spożyciu białego sera. Objawy polegały na osłabieniu, bólach głowy, wymiotach i biegunkach. W serze obecności prątków Gärtnera nie można już było wykazać. Dalsze badania wykazały jednak, że krowy, od których pochodziło mleko, były nosicielami i siewcami prątków. W mleku nie udało się wykryć prątków Gärtnera; należało przeto przyjąć, że zanieczyszczenie mleka nastąpiło przez cząsteczki kałowe.

Zagotowanie mleka powinno w wielu przypadkach usuwać niebezpieczeństwo zakażenia. Współpraca lekarza i weterynarza powinna mieć na celu zmniejszenie niebezpieczeństw grożących ludności wskutek zakażonego mleka.

Dr. KAROL SKUTEZKY, Innsbruk.

LECZENIE OSTREJ RZEŻĄCZKI TRYPAFLAVINĄ.

(Referat według Med. Klinik 1929, Nr. 31).

Od r. 1925 *Skutezky* opracował szczegółowo sposób leczenia rzeżączki Trypaflaviną. Głównem dążeniem jego było ograniczyć rzeżączkę do przedniej części cewki i osiągnąć wyleczenie bez nawrotów. Dotychczasowe jednak sposoby leczenia doprowadzały przeważnie do wyników wprost przeciwnych. Jedynie bezwzględny spokój doprowadzał do pewnych wyników pomyślnych, przy niepowikłanej jednak rzeżączce jest on przeważnie rzeczą trudną do przeprowadzenia. Leczenie szczepionkami, dające dobre wyniki przy powikłaniach, zawodzi tu zupełnie. Przy stosowaniu środków dietetycznych i leczeniu miejscowem sprawa rzeżączkowa przechodziła dotychczas w 60—80°/₀ na tylną część cewki. Należy przytem uwzględnić, że przy przemywaniach stosunki anatomiczno - mechaniczne uniemożliwiały leczenie zwieracza zewnętrznego, płyn bowiem przenikał coprawda do okolicy mięśnia, nie przedostawał się jednak na błonę śluzową. Z tego względu stale grozi niebezpieczeństwo, że z tego nieleczonego miejsca zakażenie przeniknie na tylną część cewki. Dla uniknięcia tego błędu *Skutezky* próbował leczenia na drodze krwionośnej zapomocą Trypaflaviny. Trypaflavina wstrzyknięta dożylnie wstrzymuje rozwój gonokoków, gdyż przenika zarówno do tkanek, jak i do moczu. Również i w przerwach pomiędzy zastrzykami wydalanie zatrzymanej Trypaflaviny przemywa błonę śluzową zawierającym Trypaflavinę moczem. Do tego leczenia nadają się oczywiście jedynie świeże zakażenia przedniej cewki. Chorym wstrzykuje się codziennie 0,05 — 0,1 g Trypaflaviny dożylnie. Wstrzykiwania należy dokonywać powoli, mieszając u osób wrażliwych Trypaflavinę z wciągniętą do strzykawki krwią. Żadnych objawów działania ubocznego, oprócz występujących czasem po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu wymiotów, nie spostrzegano. Po wstrzyknięciu stosuje się przemywanie całej cewki zapomocą 1 litra rozczynu srebra 1 : 5000. Rozczyn powinien być możliwie ciepły, 46° — 50°. Ciepły rozczyn umożliwia łatwe przezwyciężenie napięcia zwieracza, poza tem warunkuje on silniejsze przekrwienie. Silniejszego ciśnienia należy bezwzględnie unikać, gdyż może ono wcisnąć zawierającą gonokoki wydzielinę do gruczołów i zatok. Jako płyn do przemywania stosuje autor cyjanowe związki srebra. Do leczenia domowego zapisuje się koloidalny rozczyn srebra i dokonywuje się wstrzykiwań rano i wieczorem. Jeżeli postępowanie takie okazuje się niemożliwem, stosuje się dwa razy dziennie przemywania Janeta. Po 5 — 8 wstrzyknięciach Trypaflaviny przepłukuje się cewkę nie jak dotychczas codziennie, a jedynie co drugi dzień; po 10-iu, najwyżej 15 wstrzyknięciach, należy zupełnie zaniechać przemywań. Obecność barwnika można wykazać w moczu

jeszcze po upływie 2 — 3 tygodni. Poczynając od 3-go tygodnia, rozszerza się część przednią i na tem kończy się leczenie.

Wartość tego sposobu leczenia polega nie na szybkości, lecz na pewności wyleczenia, na ograniczeniu sprawy chorobowej do przedniej części cewki i na zapewnieniu w ciągu niewielu tygodni wyleczenia bez powikłań i nawrotów. W ten sposób niepewne rokowanie świeżej rzeżączki staje się pewniejszem i pomyślniejszem.

Dr. EDWARD KRAMMER, Stacja ratunkowa I kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Wiedeńskiego.

W SPRAWIE STOSOWANIA DUŻYCH DAWEK SUROWICY PRZY JUŻ ISTNIEJĄCYM TĘŻCU.

(Referat według Wiener Klinische Wochenschrift, 1929, Nr. 41).

Zobojętnienie jadu tężcowego, który już zdążył związać się z nerwem, jest rzeczą bardzo trudną, antytoksyna bowiem nie posiada według badań *Ramsona* żadnego szczególnego powinowactwa do tkanki nerwowej. Z tego względu w przypadkach już istniejącego tężca leczenie antytoksyną okazuje się przeważnie bezskutecznem. Mimo to zaleca się jednak stosowanie antytoksyny, gdyż wydaje się, że jad w pierwszym okresie choroby jest związany z tkanką nerwową jeszcze w sposób odwracalny i może się uda pomyślnie zadziałać na toksynę. Potrzebne są wówczas jednak duże dawki antytoksyny, według *Dönitza* 18000 — 20000 jednostek. *Krammer* leczył w r. 1928 zapomocą dużych dawek przeciwjadu 2 chorych na tężec.

1). I. E. Osiem dni po skaleczeniu się słomką w okolicy paznokcia nagły skurcz mięści żwaczy. Początkowo choremu wstrzykiwano codziennie po 2500 jednostek antytoksycznych (połowę dożylnie, połowę podskórnie), na trzeci zaś dzień 1000 jednostek antytoksycznych. Po 17 dniach zupełne wyleczenie.

2). K. S. Skaleczenie gwoździem przy pracy ogrodowej. Po 10 dniach bóle w stawie ramieniowym, po dalszych 5 dniach sztywność w okolicy krzyżowej, w prawej nodze i w mięśniach szczęki dolnej. Przyjęcie do kliniki po upływie 20 dni od chwili zakażenia. W przeddzień 100 jedn. antytoks. surowicy tężcowej. W klinice pierwsze dwa dni po 1000 jednostek, z czego 200 podskórnie, 800 zaś dożylnie. Po 3 tygodniach chory wypisany jako wyleczony. W obu przypadkach stosowano poza tem morfinę i wodan chloralu.

Duże dawki — zastosowano ogółem 8000 starych jednostek, czyli miljon nowych niemieckich jednostek przeciwtężcowych — chorzy znosili bardzo dobrze. Po zastosowaniu leczenia swoistego objawy chorobowe zaczęły się cofać. Propozycja *Eislera* (Handbuch der pathologischen Mikroorganismen, 1928, tom 4) przepełnienia ustroju nadmiarem antytoksyny dla zobojętnienia jadu niezwiązanego jeszcze ostatecznie, zasługuje, oczywiście, na jaknajwiększą uwagę.

PSYCHOZY NAGMINNE W ŚREDNIOWIECZU.

Według badań historycznych prof. dr. *H. Haesera.*

Podręcznik historji medycyny.

1. SZAŁ TAŃCA.

Pierwsze doniesienie o nagminnem występowaniu żądzy tańca pochodzi z roku 1021. 12 włościan przerwało wówczas swemi tańcami i krzykami nabożeństwo w wigilję Bożego Narodzenia w kościele klasztornym w Kolbigu. Jak podanie głosi, tańczyli oni i krzyczeli cały rok bez przerwy i dopiero modlitwy dwóch biskupów uwolniły ich od tego szału tańca. Drugie doniesienie dotyczące żądzy tańca pochodzi z roku 1278. Na moście nad Renem w Utrechcie tańczyło jakoby przeszło 200 osób, co spowodowało załamanie się mostu i utonięcie wszystkich tańczących w wzburzonych falach. Większe jeszcze rozpowszechnienie uzyskała ta dziwna choroba w Niemczech w 1375. Z Akwizgranu wyruszyła wówczas pewna niezwykła sekta starych i młodych ludzi, kobiet i mężczyzn, i wędrowała przez całe Niemcy. Wędrownicy, ozdabiali wieńcami swoje głowy. W domach i na placach publicznych, a nawet w kościołach krzyczeli oni głośno i tańczyli częstokroć przez pół dnia, aż padali ze zmęczenia. Obecni przy tych tańcach zawijali ich mocno w płócienne chusty, deptali nogami i bili pięściami. Tańczący, uwolnieni od swego szału, podawali, że doznawali uczucia, jakby stali w potoku krwi i dlatego skakali tak wysoko. Chorzy opanowani żądzą tańca pochodzili przeważnie z najniższej i najbiedniejszej sfery. Ludzie zamożni zapadali jedynie bardzo rzadko na żądzę tańca. W Kolonji naliczono wówczas 500, w Moguncji 1,100 ludzi dotkniętych omawianą chorobą. Do opętanych szałem tańca dołączali się szybko żebracy i poszukiwacze przygód i nic dziwnego, że wiele z tańczących dziewcząt zachodziło w ciążę i dzikie wyuzdanie rozpowszechniało się coraz bardziej. To było powodem, że rząd wystąpił z całą surowością przeciwko



Opętani szałem tańca w r. 1012 (według *M. Merian'a*).

tańczącym i szybko położył kres ich wystąpieniom. W roku 1418 spotykamy się z nową epidemją szału tańca w Strassburgu. Setki mężczyzn i kobiet dostawało na otwartych placach napadów tańca św. Wita. Chorych prowadzono wówczas przed figurę św. Wita i oddawano pod jego opiekę, lecz mimo to liczba ich wzrosła w ciągu kilku dni do 200.

Podczas, gdy w Strassburgu obchodzono się z tańczącymi stosunkowo łagodnie i modlono się o ich poprawę, w innych miejscowościach karano często dotkniętych żądzą tańca śmiercią na stosie, uważając ich za opętanych. Od wieku 15-go szał tańca występuje coraz rzadziej i w łagodniejszej postaci. W czasach późniejszych opętanie tańcem przebiegało bez krzyków, skoków i przeraźliwych śpiewów. Ludzie opanowani szałem tańca spełniali chętnie wszelkie rozkazy. U niektórych szał tańca przebiegał poronnie i objawiał się śmiechem i szybkiem chodzeniem aż do zmęczenia. Poznanie przyczyny tej niezwykłej choroby jest dzisiaj bardzo trudne. Wydaje się, że albo dołączała się ona do zwykłego tańca św. Wita (Chorea minor), albo była objawem ekstazy powstającej na tle krańcowej nędzy, głodu, chorób i religijnego fanatyzmu.



Opętani z *Hondius* według *Brueghel'a*.

Częstokroć uważa się nagminny szał tańca z czasów średniowiecznych za identyczny z objawami drgawek, które zdarzały się u modlących się nad grobem św. Parysa w 18-ym wieku i z tańcami religijnemi fanatycznych jumpersów w Południowej Ameryce. Szał tańca okazuje również pewne podobieństwo z tarantyzmem, który rozpowszechnił się w 15 wieku w Apulji, a następnie i w innych okolicach Włoch. We Włoszech uważano wówczas, że choroba powstaje przez ukąszenie tarantuli i że można ją wyleczyć jedynie zapomocą muzyki o melodji tarantelli.

W pewnym stosunku do średniowiecznego szału tańca znajdują się pochody biczowników. Podobnie jak i biczownicy, również i opanowani żądzą tańca występowali wrogo przeciw kościołom. Zdarzało się jednak, że

okazywali oni wielką skłonność do pokuty. Okazywali wstręt do czerwonego koloru, gdyż w średniowieczu był on symbolem zbytkownego sposobu życia, lub też dlatego, że przypominał im widok krwi, który wywoływał napady szału tańca. Nad Renem, w ojczyźnie opętania tańcem, zachowało się do dzisiejszego dnia święto, datujące się od roku 1376 i zwane „uroczystością skaczących świętych". W Echternach, w Zielone świątki we wtorek, obchodzi się corocznie „uroczystość skaczących świętych".



Opętani z *Hondius* według *Brueghel'a*.

2. POCHODY DZIECI.

Pierwszy pochód dzieci przypada na początek 13 wieku. Przyczyną jego była bolesna utrata Ziemi Świętej, zdobytej kosztem krwi i tak wielkich ofiar przez uczestników pochodów krzyżowych. Pierwszy pochód dzieci rozpoczął się w r. 1213. Chłopcy wygłaszali kazania o krzyżu. Szczególnie wielką sławę pozyskał śród nich pastuch *Stephan* ze wsi Cloies nad Loirą. Wędrował on po całym kraju, a za nim ciągnęła niezliczona ilość chłopców. Pochody te cieszyły się wszędzie wielkim szacunkiem ludu. *Stephan* zebrał jakoby około siebie 30,000 pastuszków. Na pytanie, dokąd dążą, odpowiadali „do Boga". Król usiłował stłumić te niezwykłe pochody i skierować dzieci z powrotem do domów, ale tylko niewiele z nich posłuchało jego rozkazu. Ani poważne rozkazy, ani życzliwe namowy nie były w stanie zmienić nastroju dzieci. Do chłopców dołączały się dziewczęta oraz kilku dorosłych i starców. Z wieńcami i woskowemi świecami w ręku, powiewając chorągwiami i wymachując kadzielnicami ciągnęli oni ze śpiewami przez kraj, dążąc do morza Śródziemnego. Na czele pochodu jechał na ozdobionym wozie ich przewodnik. Liczba chłopców była podobno tak duża, że kilku straciło w tłoku życie. W Marsylji

spotkała dzieci haniebna zdrada. Dwóch kupców marsylskich zaofiarowało się bezpłatnie przewieźć dzieci do Ziemi Świętej. Siedem okrętów wyjechało z dziećmi do brzegów Syrji; dwa z tych okrętów zatonęły już po 2 dniach. Pozostałe popłynęły nie do Syrji, lecz do Bugji i Aleksandrji, gdzie wszystkie dzieci sprzedano jako niewolników. Wychowańców szkół duchownych i starszych uczniów kupił kalif, który obchodził się z nimi stosunkowo dobrze, gdyż studjował sam w Paryżu i posiadał wykształcenie krajów zachodnich. 700 innych dzieci znajdowało się jeszcze po 18 latach w posiadaniu sułtana aleksandryjskiego. W tym samym czasie inny pochód dzieci podążył z Kolonji przez Saksonję nad morze Adrjatyckie z hasłem: do Jerozolimy, na zdobycie Ziemi Świętej! Gdy rodzice nie chcieli puścić dzieci, płakały one bezustannie, trzymane zaś w zamknięciu uciekały przez bramy i mury. Pochodowi krzyżowemu dzieci w Niemczech przewodził chłopczyk z Kolonji, imieniem Mikołaj, który nie miał nawet 10 lat. Również i tu chłopcy i dziewczęta byli to przeważnie pastuszkowie, zdarzały się jednak zarówno i dzieci pochodzenia szlacheckiego, jak i nierządnice. Duchowieństwo potępiało te pochody jako grzeszne i nierozsądne, lud jednak nie słuchał księży, lecz podzielał wiarę dzieci. Pochodom dzieci w Niemczech towarzyszyło więcej dorosłych mężczyzn i kobiet niż we Francji. Niektórzy szli dla sławy, wielu natomiast, aby ograbić nieświadome dzieci, inni znów, aby sobie ułatwić występki. Koniec niemieckiej pielgrzymki był tak samo żałosny jak i francuskiej. Upały i nadmierne wysiłki wyczerpały wielu zanim wogóle doszli do Włoch. Pod Treviso próbowali kardynałowie z polecenia papieża zmusić dzieci do powrotu; cel ten udało się osiągnąć jedynie częściowo; pochód został rozbity, poczem niektóre dzieci pozostały na służbie u mieszkańców Treviso. Oddział prowadzony przez Mikołaja, liczący 7,000 dzieci, przybył 24 sierpnia do Genui, gdzie senat pozwolił im na 6 — 7-mio dniowy pobyt. Niektóre dzieci ze szlachetniejszych rodów niemieckich pozostały tu i od nich wywodzi się podobno szereg znakomitych rodzin, jak naprzykład ród Vivaldich. Inne dzieci dostały się do Rzymu i po złożeniu ślubów, że będą w przyszłości walczyć z niewiernymi, krańcowo wyczerpane, wygłodzone,



Członek bractwa biczowników według kroniki *J. Wolffa.*

wyszydzone i wyśmiane wróciły boso i w łachmanach do swej ojczyzny. Drwiny i szyderstwa były do pewnego stopnia uzasadnione, wiele bowiem dziewcząt zostało w międzyczasie matkami. Jeżeli nawet uznać za główną pobudkę pochodów dzieci psychiczne i religijne pobudzenie, to jednak również i czynniki zewnętrzne przyczyniły się z pewnością w znacznym stopniu do ujawnienia się tego ruchu. Bardzo możliwe, że obudzono go z całą świadomością początkowo właśnie u dzieci. Byli również ludzie, którzy uważali, że prowodyrami i podżegaczami tych tłumów dzieci byli wysłannicy tatarów i saracenów. Przypuszczano, że ludy wschodnie, uprowadzając tysiące chłopców i dziewcząt pragnęły w ten sposób zemścić się za doznaną porażkę i wszystko przemawia za tem, że tysiące tych niewinnych dzieci padło ofiarą haniebnej zdrady. W roku 1237 odbył się jeszcze raz pochód dzieci, w znacznie jednak skromniejszych rozmiarach. Zebrało się około 100 dzieci, które podążyły do leżącego w odległości przeszło 2 mil miasteczka Arnstadt, gdzie większość padła zupełnie wyczerpana. Kilkoro z pośród nich zmarło, większość zabrali z powrotem do domu rodzice. Ostatni pochód dzieci w r. 1458 zmierzał z Niemiec do St. Michael, miejscowości w Normandji, będącej częstym celem pielgrzymek. Ani jedno dziecko nie wróciło podobno z powrotem do ojczyzny. Jedne zginęły z głodu i zimna, inne sprzedano jako niewolników.

3. LYKANTROPJA.

We wszystkich częściach świata, w których dzikie zwierzęta są postrachem dla ludzi, istniał szeroko rozpowszechniony pogląd, że człowiek może zamieniać sam siebie lub innych w zwierzęta. W Afryce główną rolę odgrywa pod tym względem lew, w Polsce i na Węgrzech — wampir, we Francji, Grecji, Łotwie i Litwie — wilk. W średniowieczu był ten zabobon szczególnie rozpowszechniony w Niemczech i we Francji. Wierzono, że ludzie obdarzeni zdolnością przybierania kształtów zwierząt, przemieniali się przy pomocy czarodziejskiej maści przeważnie w wilki (lykantropja). Grabili oni jakoby i mordowali zwłaszcza dzieci i łączyli się z prawdziwemi zwierzętami. Wiadomo z całą pewnością, że byli ludzie, którzy żyli w mniemaniu, że zamienili się w wilki i zgodnie ze swym urojonym charakterem porywali dzieci i pożerali je ze zwierzęcą chciwością. We Francji urządzono jeszcze w r. 1573 polowania na tych ludzi - wilków, w r. 1589 lykantropja panowała nagminnie w Jurze. Doniesienia lekarzy o przypadkach lykantropji są bardzo nieliczne i pochodzą jedynie z czasów chrześcijańskich. Tak np. Marcellus w 2-gim wieku, a następnie Paulus z Eginy i Aetius opisują lykantropję, którą uważają za objaw melancholji. Dopiero jednak w r. 1603 lekarze francuscy byli w stanie przekonać sędziów, że oskarżony jako wilkołak jest w istocie idjotą i uzyskali w ten sposób uwolnienie posądzonego. Od tego czasu lykantropja zdarzała się już coraz rzadziej.

Dr. F. X. MELICHER. Sanatorjum dla chorych płucnych Hochzirl.

TRIPHAL I GRUŹLICA PŁUC.

(Referat według Wien. med. Wo. 1929, Nr. 43).

Do leczenia Triphalem nadają się z pośród spraw wysiękowych trzeciego okresu gruźlicy zwłaszcza ci chorzy, u których mamy do czynienia z nowym okresem obostrzenia, lecz którzy zarówno klinicznie jak i pod względem odporności biologicznej okazują pewne skłonności do wyleczenia. Również i stare obustronnne włóknisto - serowate przypadki w wieku średnim i rozpadowo - włókniste przypadki w wieku starszym nadają się do leczenia złotem. Również i gruźlicę włóknisto - serowatą wieku młodzieńczego można leczyć Triphalem, zwłaszcza wówczas, gdy założenie odmy sztucznej jest niemożliwe, lub gdy jednocześnie stwierdza się objawy włóknisto - naciekowe. Choroby serca nie są przeciwwskazaniem, natomiast przy wysokiej gorączce, znacznem charłactwie, jednoczesnej gruźlicy jelit i nerek, oraz wogóle przy chorobach nerek, leczenia złotem przeprowadzać nie wolno. Dla zupełnego zabezpieczenia postępowania, bada się przed każdem leczeniem czynność nerek.

Leczenie rozpoczynano od 1 mg Triphalu, a następnie, po stwierdzeniu odczynu miejscowego lub ogólnego, powtarzano tę samą dawkę 1 lub 2 razy. Najkrótsza przerwa między poszczególnemi wstrzykiwaniami wynosiła 8 dni. Czasami potrzebna była jednak pauza 10 — 14 dniowa. Dawki pojedyńczej ponad 0,1 g nie przekroczono ani razu; przeważnie już 0,01 względnie 0,05 g okazywały się wystarczające dla osiągnięcia pomyślnego działania. Dawka ogólna dla jednej kuracji wynosiła 0,1 — 0,2 g. Przy takiem dawkowaniu nie stwierdzano również silniejszych odczynów ogniskowych lub ogólnych. Na nerki Triphal żadnego szkodliwego wpływu nie wywierał. Po ustąpieniu odczynu można było wyodrębnić 3 grupy: w pierwszej dolegliwości występowały w ciągu 12 — 14 godzin, w drugiej dopiero w ciągu następnego dnia, a w trzeciej występowały odczyny późne. Do grupy trzeciej należało około 20% z pośród 200 chorych leczonych Triphalem. Jako objawy ogólne występowały: osłabienie, senność, bóle głowy, rzadziej zawroty głowy, wymioty i brak łaknienia oraz bezsenność. Umiejscowione dolegliwości bez objawów przedmiotowych (łamanie, kłucie, palenie) stwierdzano nieco rzadziej niż objawy ogólne. U 8 — 10% chorych stwierdzono zmianę jakości rzężeń; dotyczyło to przeważnie przypadków starej, włóknisto - serowatej lub rozpadowo - włóknistej gruźlicy z niewielkiemi krwiopluciami w wywiadach. Przy odczynie tego rodzaju nie kontynuowano leczenia Triphalem, lecz usiłowano osiągnąć poprawę zapomocą manganu lub kadmu. Od pomyślnego leczenia złotem żądamy następujących wyników: spadku ciepłoty, poprawy łaknienia, zmniejszenia kaszlu

i ilości plwociny, zniknięcia prątków, poprawy obrazu rentgenologicznego i zmniejszenia szybkości opadania krwinek. W naszych przypadkach stwierdzano przeważnie początkowo utratę łaknienia, która jednak bardzo szybko przechodziła w uczucie znacznego głodu. Niewielkie wzniesienie ciepłoty o 0,5° — 1,5° bez dającego się stwierdzić pogorszenia można uważać za oznakę działania pomyślnego. W każdym razie, po takim odczynie dawki nie należy powiększać. Na kaszel i plwocinę leczenie Triphalem wyraźniej nie wpływało, w wielu natomiast przypadkach obecne początkowo w plwocinie nieliczne prątki zginęły zupełnie. Również pomyślnie wpływał Triphal na rzężenia wilgotne; u 8-iu chorych dodatkowe szmery oddechowe po stronie chorej zniknęły po leczeniu zupełnie. Zmiany rentgenologiczne można było stwierdzić jedynie w rzadkich przypadkach, tylko wówczas gdy mieliśmy do czynienia ze świeżemi nacieczeniami z drugiej strony. Spostrzegano wówczas wyjaśnianie się zacienionych części. Szybkość opadania krwinek początkowo przeważnie wzrastała, a następnie w przypadkach pomyślnie leczonych opadała poniżej szybkości pierwotnej.

W niektórych przypadkach wypróbowano również leczenia mieszanego, zwłaszcza wówczas, gdy ze względu na dużą rozległość i szybkość postępowania sprawy chorobowej leczenie złotem wydawało się nieodpowiedniem. Po wielomiesięcznem przygotowaniu chlorkiem wapnia, manganem lub kadmem chorzy znosili Triphal bez zarzutu. W jednym przypadku u pewnej kobiety z rozległą włóknisto - wysiękową sprawą gruźliczą w płacie środowym, leczenie mieszane doprowadziło do ograniczenia rzężeń, zniknięcia prątków, ustąpienia dolegliwości i wzrostu wagi o 13 kg. Leczenie mieszane dotyczy jednak zbyt małej ilości spostrzeżeń, aby można było wypowiedzieć o niem bardziej stanowczą opinję. Wydaje się jednak, że leczenie to może mieć pewne znaczenie, gdyż jest ono w stanie uczynić odpowiednimi do leczenia złotem takich pacjentów, którzyby bez niego dla tego leczenia nie nadawali się.

Dr. S. M. KLEIN, Klinika położnicza Uniwersytetu w Woronezu.

W SPRAWIE WARTOŚCI PRÓBY PYRAMIDONOWEJ DLA ROZPOZNANIA PRZERWANEJ CIĄŻY JAJOWODOWEJ.

(Referat według Archiv für Gynäkologie, 1929, tom 135).

W roku 1918 *Thevenou* i *Rolland* zaproponowali próbę pyramidonową do wykrywania krwawień wewnętrznych, zwłaszcza w kale i moczu: do 3 cm^3 przezroczystego moczu (mocz mętny należy przesączyć) doda-

je się 8 kropel 50%-owego kwasu octowego, 8 kropel 5%-owego alkoholowego (96%) roztworu Pyramidonu i 5 — 6 kropel 3%-owej wody utlenionej. Przy wstrząsaniu mocz, o ile zawiera ślady krwi, zabarwia się na kolor fioletowo-ametystowy. Zabarwienie to występuje czasem dopiero po 15 — 20 minutach.

Jegorow zmienił tę próbę w sposób następujący: do 3 cm^3 5%-owego alkoholowego (96%) roztworu Pyramidonu dodaje się 8 kropel 50%-owego kwasu octowego, 8 kropel 3%-owej wody utlenionej i 1 kroplę badanego materjału. Wystąpienie zabarwienia ametystowego, ukazującego się natychmiast lub po 1 minucie i znikającego znowu po 10 — 15 minutach, dowodzi obecności krwi.

Antoszina (Leningrad, 1925) zastosowała tę próbę pyramidonową do wykazania hematyny w surowicy krwi kobiet z przerwaną ciążą pozamaciczną. Przy ciąży pozamacicznej stwierdza się bowiem w surowicy obecność hematyny, której niema w surowicy kobiet zdrowych. Z żyły łokciowej pobiera się kilka cm^3 krwi i pozostawia ją na godzinę w ciepłocie 37°. Następnie surowicę odciąga się pipetą i odwirowuje 2 razy. Do 3 próbówek zawierających po 8 kropel 50%-owego kwasu octowego +-8 kropel 3%-owej H_2O_2 dodaje się po 1 kropli surowicy. Do 3-ej próbówki dodaje się 3 cm^3 5%-owego alkoholowego roztworu Pyramidonu, do 2-ej próbówki 2 cm^3 i do pierwszej 1 cm^3. Drugą i pierwszą próbówkę dopełnia się 1 względnie 2 cm^3 96%-owego alkoholu. Przy przerwanej ciąży jajowodowej stwierdza się we wszystkich 3 próbówkach zabarwienie ametystowe. Podczas miesiączkowania zabarwienie występuje tylko w próbówce z 3 cm^3 5%-owego alkoholowego roztworu Pyramidonu, podczas gdy w dwóch pozostałych próbówkach próba pyramidonowa pozostaje ujemną. *Antoszina* tłómaczy dodatni wynik próby pyramidonowej podczas miesiączkowania minimalnemi krwawieniami do jamy brzusznej. Dodatni wynik zależy w każdym razie zawsze od wchłaniania wynaczynionej krwi, względnie hematyny do krwiobiegu. Według *Mandelstama* wirowanie i przechowanie w cieplarce są zbyteczne: wystarcza opadnięcie krwinek w rurce *Linzenmeiera*. *Wermbter* badał zachowanie się próby w okresie przekwitowym, przy nacieczeniach w małej miednicy, przy ciąży i t. d. i stwierdzał zawsze wynik ujemny. Jedynie przy przerwanej ciąży pozamacicznej próba pyramidonowa na 11 przypadków w 7 wypadła dodatnio, 3 razy wątpliwie i 1 raz ujemnie. W 19 przypadkach poronień wynik okazał się dodatni zaledwie 1 raz, przy 22 guzach przydatków próba 2 razy wypadła dodatnio, 2 razy wątpliwie, w pozostałych przypadkach ujemnie.

W klinice uniwersyteckiej w Woroneżu próbę stosowano w 25 przypadkach przerwanej ciąży pozamacicznej i w znakomitej większości przypadków dawała ona wyniki dodatnie. Stosowano tę próbę również i przy innych chorobach, lecz wówczas wypadała ona przeważnie ujemnie. Je-

dynie w 2 przypadkach apoplexia ovarii próba dała wynik dodatni. Wyniki badań przedstawione są na poniższej tablicy:

Rozpoznanie:	Liczba przypadków	Dodatni	Ujemny	Wątpliwy
1. Ciąża pozamaciczna	25	21	2	2
2 Poród	15	1	12	2
3. Zapalne guzy przydatków	9	—	8	1
4. Poronienie samoistne	12	1	10	1
5. Apoplexia ovarii	2	2	—	—
6. Miesiączkowanie	5	5	—	—
	68			

Mimo że wniosków ostatecznych z badań dotychczasowych wyciągnąć jeszcze nie można, dokonanie jednak próby pyramidonowej w przypadkach podejrzanych o przerwanie ciąży jajodowej jest już obecnie stanowczo wskazane.

Prof. Dr. B. O. PRIBRAM. Oddział chirurgiczny szpitala Św. Hildegardy, Berlin.

O MOŻNOŚCI REGULOWANIA UŚPIENIA AVERTINOWEGO TYROKSYNĄ.

(Referat według Zbl. f. Chir. 1929, Nr. 50)

Przyszłość Avertiny zależy od możności dowolnego regulowania natężenia uśpienia. W razie nieprzewidzianych powikłań musimy być w stanie przerwać uśpienie i przyspieszyć obudzenie. Zagadnienie regulacji uśpienia wiąże się z kwestją zobojętniania, względnie wydalania Avertiny. Ze względu na to, że łączenie się Avertiny z kwasem glukoronowym odbywa się przeważnie w wątrobie, pierwszem więc wymaganiem jest niedopuszczanie do utraty glikogenu przez ten narząd odtruwający. U wygłodzonych pacjentów należy wobec tego przed podaniem Avertiny przeprowadzić w odpowiedni sposób kurację insuliną i cukrem gronowym. Również jednak i przy istnieniu zapasu glikogenu stwierdza się znaczne różnice indywidualne tolerancji Avertiny. Przy przeroście gruczołu tarczowego (choroba Basedowa) stwierdza się najlepszą tolerancję i najszybsze odtrucie. Pewna pacjentka z ciężką postacią choroby Basedowa (waga 55 kg) znosiła 0,38 g na kg wagi ciała. Już w $1^1/_2$ godziny po usunięciu wola chora obudziła się zupełnie. Odtruwająca czynność gruczołu tarczowego jest znana już oddawna: ilościowa kontrola odtruwania acetonitrilu *(Reid-Hunt)* przez tarczycę była nawet czasowo stosowana jako sposób miareczkowania hormonu gruczołu tarczowego. Przy zobojętnianiu Avertiny pozostaje niewyjaśnionem, czy hormon tarczycy działa bezpośrednio, czy po-

średnio przez wątrobę i czy odtrucie zależy od wzmożenia ogólnej przemiany materji, czy też od nieznanych jeszcze specjalnych właściwości.

Podczas gdy insulina wytwarza i nagromadza glikogen, wydaje się, że hormon tarczycy uruchomia cukier. Doświadczenia *Forsgrena* wykazały, że synteza i rozkład glikogenu w wątrobie nie zależą wyłącznie biernie od dostarczania pożywienia, lecz przedstawiają, prawdopodobnie, pewien rytmiczny proces: wytwarzanie się glikogenu (okres asymilacji, insulina) i rozkład glikogenu (okres dyssymilacji, tyroksyna). Czyni to prawdopodobnem zjawisko antagonizmu insuliny i tyroksyny. Oprócz niebezpieczeństwa niedostatecznego zapasu glikogenu istnieje zawsze możliwość, o ile już wogóle można o tej tak mało zbadanej sprawie powiedzieć coś ściślejszego, że również i w razie obecności glikogenu w wątrobie rozkład glikogenu i przygotowanie kwasu glukoronowego mogą się odbywać w sposób niedostateczny.

Dla wyjaśnienia wpływu, jaki wywiera tyroksyna na przebieg odtrucia po uśpieniu Avertiną, laboratorjum farmakologiczne I. G. Farbenindustrie wykonało następujące doświadczenia:

Po upływie 20 godzin od chwili podania tyroksyny w dawce 1 mg na kg, zwiększającej zwykle podstawową przemianę materji o 20%, odtrucie przebiega tak prędko, że po dożylnem wstrzyknięciu 0,075 g Avertiny na kg uniesienie głowy staje się możliwem już po 2 minutach (normalnie dopiero po 4 — 6 minutach). Ciśnienie krwi opada zarówno u przygotowanych jak i nieprzygotowanych uprzednio tyroksyną w jednakowym stopniu, u zwierząt jednak będących pod wpływem tyroksyny podnosi się znacznie szybciej. Przy dawce 0,5 g na kg ciśnienie krwi opada o 40% wysokości prawidłowej. U zwierząt potraktowanych tyroksyną ciśnienie krwi po upływie 20 minut osiąga już 75% normy, podczas gdy u zwierząt nieprzygotowanych nie można po 20 minutach stwierdzić jeszcze żadnej zmiany.

Wyraźne zwiększenie podstawowej przemiany materji stwierdza się, jak to wynika z badań *Haffnera*, przeważnie dopiero po wielu godzinach po wstrzyknięciu tyroksyny; osiąga ono swój szczyt po 12 — 20 godzinach. Odtrucie jednak następuje o wiele szybciej. Również i spostrzeżenia kliniczne przemawiają za tem, że zwiększenie podstawowej przemiany materji nie jest wyłączną przyczyną przyspieszenia odtrucia, odtrucie bowiem występuje o wiele wcześniej niż zwiększenie przemiany materji. Za przykład działania tyroksyny może posłużyć następująca historja choroby:

51-letni mężczyzna, waga 58 kg, 9 g Avertiny. Budzi się po operacji w jamie brzusznej, następnie jednak znowu głęboko zasypia; oddech niemiarowy, czasem przerywany. Groźna sinica. 1 cm^3 tyroksyny dożylnie, poza tem żadnych leków. Już po krótkim czasie oddech się poprawia. W godzinę po wstrzyknięciu tyroksyny zupełne przebudzenie.

Jeżeli podawać tyroksynę na kilka godzin przed uśpieniem avertinowem lub na początku uśpienia, wówczas sprawa przebiega w sposób następujący:

Chora wagi 60 kg, 9 g Avertiny. Na 3 godziny przed uśpieniem 1 cm^3 tyroksyny dożylnie Uśpienie okazuje się niezupełnem, tak że należało jeszcze zastosować wodan chloralu i 250 cm^3 eteru.

Chora wagi 46 kg, kamica żółciowa. 0,2 Avertiny na kg wagi ciała. Uśpienie bardzo powierzchowne; konieczność zastosowania chlorku etylu.

Poniższa historja choroby wykazuje wpływ, jaki wywiera podanie tyroksyny po zabiegu na odtrucie i w związku z tem na przebudzenie:

Chora, 78 kg, kamica żółciowa; 15 g Avertiny = 0,2 g na 1 g. W uśpieniu przed zabiegiem ciśnienie krwi opada do 60 — 70 mm Hg; tętno ledwo wyczuwalne. Naparstnica bez wyniku. Operację ze względu na groźny stan musiano odłożyć. 1 cm^3 tyroksyny dożylnie. Po 2 godzinach przebudzenie. Ciśnienie krwi zbliża się powoli do normy.

Tyroksyna okazuje wpływ również i na wydalanie Avertiny. Tak np. po dorektalnem podaniu 12 g Avertiny wydzieliło się w ciągu pierwszych 12 godzin 9 g. W następnych 6 godzinach wydzieliło się zaledwie 1 g. Największa przeto część Avertiny wydzieliła się w ciągu pierwszych 12 godzin.

Pribram wyobraża sobie działanie tyroksyny w sposób następujący: tyroksyna mobilizuje cukier i umożliwia w ten sposób związanie się Avertiny z kwasem glukoronowym. Warunkiem przeto działania tyroksyny jest istnienie zapasu glikogenu. Wobec tego zaś, że po dłuższem głodzeniu zapas glikogenu jest bardzo niedostateczny, wydaje się celowem, aby w przeddzień zabiegu zapas ten uzupełnić przez podanie insuliny i cukru gronowego.

Streszczenie: tyroksyna umożliwia regulowanie uśpienia avertinowego w ten sposób, że w razie potrzeby skraca znacznie uśpienie i przyspiesza odtrucie. W wielu przypadkach wpływ ten ratował poprostu życie. Przy powikłaniach uśpienia (asfiksja, znaczne opóźnienie obudzenia się, długotrwała senność po narkozie) należy przeto wstrzykiwać dożylnie 2—3 cm^3 tyroksyny. Własności odtruwające insuliny i cukru gronowego są o wiele słabsze niż tyroksyny.

JÓZEF TYPOGRAF (Warszawa)

Z oddziału wewnętrznego „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Ord. doc. dr. M. Semerau-Siemianowski.

O NOVASUROLU I SALYRGANIE.

(Referat według Warsz. Czas. Lek. Nr. 1 i 2, 1927).

I.

Novasurol został wynaleziony i wprowadzony do lecznictwa jako rtęciowy środek przeciwkiłowy (1917). Jest to biały bezpostaciowy proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie, o wzorze chemicznym

$$C_6H_3 \left\langle \begin{array}{l} Cl \\ O.CH_2.COONa \\ Hg.C_8H_{11}O_3N_2 \end{array} \right.$$

(podwójne połączenie soli sodowej kwasu mercuri — o — chlorfenoksylooctowego z dwuetylomalonylomocznikiem). 10% rozczyn wodny zawiera w 1 cm^3 0,0339 gramów rtęci w nie jonizującej postaci.

W r. 1919 uległ Novasurol niespodziewanie zasadniczej zmianie i powiększeniu wskazań do swego stosowania. Mianowicie *Saxl* na klinice *Wenckebacha* w Wiedniu zauważył, że podczas leczenia niewyrównanych wad zastawek tętnicy głównej pochodzenia kiłowego, zastrzyki Novasurolu, dokonywane celem leczenia swoistego preparatem rtęciowym choroby zasadniczej, powodowały nagłe kolosalne powiększenie się diurezy, powiększenie tak wielkie, jakiego dotychczas nie widziano przy stosowaniu żadnego środka moczopędnego. Następnie okazało się, że Novasurol zachowuje swe działanie diuretyczne we wszelkich niewyrównaniach serca bez względu na ich swoiste lub nieswoiste pochodzenie. Ta niezwykła i niespodziewana właściwość Novasurolu została następnie potwierdzona przez licznych klinicystów. Okazał się on bardzo cennym i potężnym środkiem moczopędnym i stał się przedmiotem licznych badań. Dotychczasowe piśmiennictwo o Novasurolu wynosi około 100 prac. Odkrycie moczopędnych własności Novasurolu należy zaliczyć do wielkich odkryć terapeutycznych lat ostatnich.

Wszystkim badaczom narzuciło się pytanie, gdzie jest punkt uchwytu Novasurolu: w nerkach, czy też pozanerkowo. Wielce zasłużony w sprawie Novasurolu *Saxl*, następnie *Eppinger* oraz *Nonnenbruch* uważali za pewne, że punkt uchwytu Novasurolu w każdym razie nie znajduje się w nerkach. Jako jeden z głównych argumentów za takiem ujęciem sprawy przemawiają spostrzeżenia *Nonnenbrucha*, który stwierdził znaczny ubytek wagi po Novasurolu u ludzi zdrowych; przemawia to za pozanerkowem oddawaniem wody przez tkanki, przebiegającem jednocześnie ze wzmożoną diurezą. Dalszym czynnikiem, przemawiającym za obwodowem umiejscowieniem wyniku moczopędnego, jest stwierdzenie faktu, że jednocześnie z diurezą novasurolową odbywa się wzmożone wydzielanie chlorków. Te dwa spostrzeżenia o diurezie u ludzi zdrowych i o chlorkach są zgodne z panującym obecnie poglądem (*Volhardt*), uznającym za podstawę patologji nerek opanowanie przemiany wodnej i solnej przez t. zw. czynniki pozanerkowe.

Przy stosowaniu Novasurolu u chorych obrzękniętych z powodu niedomogi serca stwierdza się w 2 — 3 godz. po zastrzyku wzmożone wydzielanie wody przez nerki, utrzymujące się najczęściej około 12 (*Hubert*), a najdłużej przez 24 godz. (*Haggeney*). Ilość ogólna wydzielonej wody zależy od stopnia obrzęknięcia; w niektórych przypadkach jest ona wprost zadziwiająca. Żaden z dotychczasowych środków moczopędnych nie dawał nawet w znikomej części takich wyników, jak Novasurol. Diureza dobowa po zastrzyku wynosi przeciętnie około 4 — 5 litrów (*Eppinger, Geronne, Nonnenbruch*, spostrzeżenia własne). W krótkim czasie waga chorego spada o kilka do kilkunastu kg. *Saxl* opisuje chorego, który utracił 15 kg. Osobiście spostrzegaliśmy chorego z niedomogą serca, który, nie reagując

uprzednio na stosowane środki nasercowe i moczopędne, po zastosowaniu Novasurolu w ciągu 12 dni stracił na wadze 23 kg.

Jednocześnie z kolosalnem wydzielaniem zatrzymywanej uprzednio wody wszyscy autorzy (*Saxl* i *Heilig, Kollert, Nonnenbruch* i inni) opisują znaczne wydalanie soli kuchennej. Stężenie jej w wydalanym moczu bywa różne, dochodzi do 1,4% (w 24 godzinnym moczu — *Bleyer*) albo nawet do 2,09% (w poszczególnych porcjach moczu — *Schur*). Dobowa ilość wydalonej soli przekracza często ogólną zawartość soli w surowicy; dochodzi do 40,08 (*Bleyer*); *Strauss* opisuje chorego, który wydzielił w ciągu doby 48 g Na Cl.

W przeciwieństwie do soli kuchennej stężenie innych składników moczu (kwasu moczowego, mocznika, kreatyniny) nie ulega znaczniejszym zmianom (*Mühling*).

Głównem wskazaniem do stosowania Novasurolu są wszelkie nagromadzenia się wody w ustroju przy zaburzeniach w układzie krążenia, a na pierwszym planie obrzęki chorych sercowych bez względu na etjologję schorzenia.

Co do zastosowania praktycznego Novasurolu, to opinja o nim wszystkich badaczy jest zupełnie jednomyślną, mianowicie, że przy właściwem wskazaniu nie zawodzi on prawie nigdy. Wielokrotnie widywaliśmy chorych sercowych, przybyłych na oddział w rozpaczliwym stanie niewyrównania krążenia, z typowemi objawami zastoju żylnego w postaci rozległych obrzęków, płynu w opłucnej, osierdziu i jamie brzusznej, ze zmniejszoną do minimum ilością moczu; chorych tych zawsze we względnie krótkim czasie udawało się zapomocą Novasurolu całkowicie odwodnić.

Przypadki niewyrównanych wad zastawek aorty lub też zastawki dwudzielnej oddziaływają na Novasurol jednakowo i zawsze z doskonałym wynikiem. Podobnie jak w przypadkach wad serca zachowuje się Novasurol i w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego, w których częstokroć doprowadza do tak doskonałego wyniku, że, według słów *Eppingera*, „można mówić prawie o wyleczeniu".

Haggeney pisze, że na Novasurol reagują, naturalnie w różnie silnym stopniu, właściwie wszyscy chorzy sercowi. Zawodzą jedynie bardzo nieliczne przypadki, i to przeważnie ciężkie przypadki końcowe.

Kulcke zwraca uwagę, że w różnych etjologicznie niedomogach nie stwierdza się zasadniczej różnicy odczynu na Novasurol. Do postawienia przeto wskazania do Novasurolu można nie zwracać uwagi na powód osłabienia krążenia, a kierować się tylko obecnością objawów niewyrównania, przebiegających z zatrzymaniem wody.

Nonsensem byłoby oczywiście mówić na podstawie doskonałego działania Novasurolu na chorych sercowych o Novasurolu jako o środku naser-

cowym, to też koniecznem jest jednocześnie z Novasurolem stosować leki naparstnicowe lub strofantynowe.

Przy obecności w ustroju płynów pochodzenia innego, niż niedomogowego, a więc skutkiem mechanicznego utrudnienia krążenia, w przypadkach płynów zapalnych, nowotworowych, charłaczych, Novasurol nie działa tak pewnie i stale, jak w obrzękach sercowych. Opinje różnych autorów co do działania Novasurolu przy obecności płynu w jamie brzusznej na tle marskości wątroby są rozbieżne: jedni mieli wyniki dodatnie (*Saxl, Heilig, Hassenkamp, Schur*), inni zaś (*Hegler, Hubert*) — ujemne.

Tak samo niejednolite (przeważnie zresztą ujemne) są zdania autorów o wpływie Novasurolu na płyny zapalne oraz nowotworowe w jamach surowiczych (*Kulcke, Mühling*).

Głównem przeciwwskazaniem do stosowania Novasurolu są stany zapalne nerek (*glomerulonephritis*). Nefroza zaś i nefroskeroza pozwalają na ostrożne stosowanie Novasurolu. *Haggeney* otrzymywał dobre wyniki w przypadkach nefrozy oraz w amyloidzie nerek po ciężkiej gruźlicy płuc. Nerka zastoinowa, nawet z umiarkowaną ilością białka i niewielką ilością wałeczków pozwala na stosowanie Novasurolu. Niebezpieczne są więc jedynie ostre i przewlekłe stany zapalne nerek. *Schlayer* uważa, że przy stosowaniu Novasurolu w praktyce doskonałym wskaźnikiem wydolności nerek niezbędnej dla wydzielania nagromadzonej w ustroju wody jest zdolność nerek stężania moczu, rozpoznawana zapomocą badania c. g. w poszczególnych porcjach moczu. O ile c. g. waha się między 1008—1012, wówczas prawdopodobnie mamy do czynienia z niedomogą nerki, i stosowanie Novasurolu przedstawia pewne ryzyko. Dalszym wskaźnikiem jest białko: o ile się go stwierdza więcej niż 4‰, to lepiej stosowania Novasurolu zaniechać. Co się tyczy osadu, to wałeczki szkliste przemawiają raczej za zastojem, natomiast wałeczki ziarniste, a głównie obecność erytrocytów są to przeciwwskazania stanowcze do stosowania Novasurolu. Pojedyńcze erytrocyty (1—2 w polu widzenia) mogą być również i w osadzie nerki zastoinowej, natomiast większa ich liczba wskazuje na zmiany zapalne w nerce. Przeciwwskazane również jest stosowanie Novasurolu w przypadkach ciężkiej niedokrewności, charłactwa, w gorączce oraz w biegunkach.

Działania uboczne, jakie się czasem, zresztą bardzo rzadko, przy stosowaniu Novasurolu stwierdza, są to działania uboczne, związane z obecnością w Novasurolu rtęci i znane z innych zawierających rtęć środków. Opisywano więc w poszczególnych przypadkach po stosowaniu Novasurolu gorączkę, objawy skórne, stany podrażnienia nerek, biegunki, a stosunkowo najczęściej rtęciowe zapalenie jamy ustnej o przeważnie łagodnym przebiegu. Dla uniknięcia tych przykrych powikłań należy przedsięwziąć zwykłe przy podawaniu preparatów rtęciowych stosowane środki ostrożności, a więc dbanie o regularny stolec i czystość jamy ustnej. Co

do ogólnej oceny ewentualnych działań ubocznych, *Ziler* mówi, że przy uwzględnieniu zawartości rtęci i nadzwyczaj cennego działania moczopędnego, Novasurol wyjątkowo rzadko prowadzi do jakichkolwiek przykrych powikłań, to też można go we właściwych przypadkach stosować bez żadnej obawy. Osobiście nie widzieliśmy po Novasurolu poza lekkiemi objawami zapalenia jamy ustnej ani razu żadnych przykrych objawów.

Novasurol stosuje się wyłącznie dożylnie lub domięśniowo. Przy właściwej technice zastrzyki są zupełnie niebolesne i nie powodują żadnych nacieków. Najlepiej zastrzykiwać przed południem, aby konieczność częstego oddawania moczu nie psuła choremu odpoczynku nocnego. Co do wielkości dawki, większość autorów radzi rozpoczynać od 0,5 — 0,75 cm^3 a następnie, gdy diureza się rozpoczęła, powoli w odstępach 2 — 4 dniowych dawkę powiększać. Więcej niż 1,5 nie okazuje się potrzebnem dawać. Jest ciekawem, że wynik diuretyczny nie jest proporcjonalny do wielkości podanej dawki (*Hubert*), niema również ścisłej zależności pomiędzy rozmiarem obrzęków i diurezą (*Schur*). Dla dawkowania wchodzą przeto w rachubę nie ilość zatrzymanej wody, ale stan ogólny chorego, wydolność jego nerek i czynność serca. Po 4 — 10 zastrzykach udaje się prawie zawsze chorego całkowicie odwodnić. W razie nowego obrzęku, można po pewnym czasie z tym samym wynikiem kurację novasurolową powtórzyć (*Saxl, Heilig, Doll*). Więcej niż 10 zastrzyków w jednej kuracji należy unikać, gdyż według *Klemperera* diureza w tym czasie się zmniejsza. *Kulcke* uważa, że jest to skutek przyzwyczajenia się ustroju. Zarówno jednak *Klemperer* jak i *Kulcke*, widzieli niesłabnącą diurezę po 32 wzgl. 37 zastrzykach.

Ze względu na swe doskonałe działanie moczopędne w przypadkach obrzęków sercowych Novasurol, stosowany u kolosalnej liczby chorych we wszystkich krajach, został jednomyślnie uznany jako cenny, ratujący lub przedłużający życie lek.

II.

Po odkryciu przez *Saxla* potężnych właściwości diuretycznych Novasurolu, wielu autorów zajęło się badaniem diurezy związków rtęciowych. Starano się znaleźć taki preparat, któryby przy możliwie najmniejszej jadowitości okazywał jednak silne działanie moczopędne. I rzeczywiście, udało się wytworzyć związek o działaniu ściśle podobnem do działania Novasurolu, a pod pewnemi względami może nawet bardziej wartościowy. Związkiem tym jest Salyrgan, który przy nieznacznie słabszej sile działania diuretycznego (przeciętna diureza wynosi 2 — 3 litrów) jest mniej toksyczny od Novasurolu i lepiej przeto znoszony przez ustrój oraz nie powoduje przyzwyczajenia i zmniejszenia siły działania nawet przy długotrwałem i częstem stosowaniu.

Salyrgan jest to 10% roztwór złożonego połączenia rtęci i soli sodowej kwasu salicylallylo-amido-octowego

$$C_6H_4 \begin{cases} CONH.C_3H_5\ C_3H_6O_3Hg \\ OCH_2COO\ Na \end{cases}$$

W jednym cm^3 rozczynu zawiera on prawie dokładnie tę samą co Novasurol ilość rtęci, mianowicie 0,0364, oraz podobnie jak Novasurol, nie wytwarza w wodnym rozczynie jonów rtęciowych. Pod względem chemicznym oba preparaty składają się z pierścienia benzolowego, przy którym znajduje się sól sodowa kwasu octowego. Podczas jednak gdy w Novasurolu rtęć jest połączona wprost z jądrem benzolowem, od którego może się względnie łatwo oddzielić, połączenie rtęci z jądrem benzolowem w Salyrganie jest trwalsze, mianowicie zapomocą grupy allyloamidowej. Wobec tego, że zawartość rtęci w obu preparatach jest jednakowa, mniejsza jadowitość Salyrganu zależy prawdopodobnie od różnicy sposobu związania rtęci.

Saxl, porównując klinicznie oba preparaty, nie znajduje pomiędzy niemi znaczniejszej różnicy i uważa, że sposób ich stosowania oraz wskazania i przeciwwskazania do ich użycia są zupełnie jednakowe. Salyrgan działa może nieco słabiej i łagodniej, w każdym razie ogólny efekt leczniczy po Salyrganie jest według *Saxla* dokładnie taki sam, jak po Novasurolu.

Grossmann uważa Salyrgan nietylko za preparat równowartościowy z Novasurolem, ale w pewnych przypadkach nawet cenniejszy, a to z punktu widzenia mniejszej toksyczności i zupełnego braku objawów ubocznych zatrucia rtęcią. Przytacza on kilka przypadków obrzęków sercowych, w których Novasurol, wywołując doskonałe działanie diuretyczne, powodował bądź to krwawą biegunkę, bądź zapalenie jamy ustnej; Salyrgan zaś chorzy znosili doskonale bez żadnych objawów ubocznych. Diureza po Salyrganie była, coprawda, nieznacznie mniejsza, niż po Novasurolu, ostateczne jednak wyniki po leczeniu Salyrganem okazały się doskonałe. Z powodu stałej skłonności do obrzęków chorzy *Grossmanna* już blisko od 2 lat dostają 2—3 razy w tygodniu Salyrgan i nie wykazują żadnych objawów zatrucia rtęcią, ani też przyzwyczajenia się do środka w znaczeniu osłabienia jego działania. Salyrgan nadaje się przeto lepiej, niż Novasurol, do leczenia przewlekłego.

Brunn nie stwierdzał przy stosowaniu Salyrganu objawów zatrucia rtęcią, nawet w gorączce lub biegunkach, w których Novasurol jest przeciwwskazany, co dowodzi jego mniejszej jadowitości. W rzadkich przypadkach, w których Salyrgan zawodził, również i Novasurol okazywał się bezskutecznym. Stosunkowo słabsze w porównaniu z Novasurolem działanie moczopędne Salyrganu *Brunn* uważa za jego zaletę, gdyż zbyt gwałtowne odwodnienie ustroju może się okazać niebezpiecznem. Diu-

reza posalyrganowa okazuje się jednak w zupełności wystarczająca dla całkowitego odwodnienia chorego. Diureza rozpoczyna się w 5—6 godz. po zastrzyku i utrzymuje się czasem nawet w ciągu następnego dnia. W przypadkach nerki zastoinowej z białkomoczem Salyrgan ani razu nie powodował powiększenia się ilości białka lub wałeczków.

Herszky opisuje przypadek, w którym po 35 zastrzyku Salyrganu jego działanie moczopędne nie słabnie, i diureza stale utrzymuje się na wysokości 2 litrów. Uważa przeto, że Salyrgan można spokojnie stosować dowolnie długo (pod stałą oczywiście kontrolą lekarską), bez obawy szkodliwego wpływu rtęci. Przytacza on również przypadek, w którym chory na Novasurol nie reagował, a po Salyrganie wydzielał około 2 litrów moczu i w krótkim czasie stracił na wadze 19 kg. Doskonały wynik stwierdził *Herszky* u 2 staruszek (79 i 82 lata) z ciężką niedomogą serca.

Bernheim donosi o 1000 zastrzyków Salyrganu bez jakiegokolwiek działania szkodliwego. Działanie diuretyczne Salyrganu u ludzi zdrowych jest nieco słabsze, niż takież działanie Novasurolu, natomiast u chorych obrzękniętych działanie Salyrganu nie ustępuje, według *Bernheima,* w niczem działaniu Novasurolu. Spostrzegał on często diurezę, dochodzącą do 5 litrów. W żadnym przypadku, w którym stosowano Salyrgan przez czas dłuższy, nie stwierdzono osłabienia jego działania moczopędnego. *B.* zwraca uwagę na konieczność dokonywania zastrzyku dożylnego *lege artis,* gdyż przedostanie się nawet nieznacznej ilości zarówno Salyrganu jak i Novasurolu do tkanki podskórnej, powoduje w okolicy zastrzyku ciężkie zmiany powłok skórnych, dochodzące czasem aż do zgorzeli. O ile przeto lekarz nie posiada doskonale techniki zastrzyków dożylnych, *B.* radzi zastrzykiwać domięśniowo.

Wobec doskonałego i niezawodnego działania zarówno Novasurolu, jak i Salyrganu, nawet w tych przypadkach, w których znane dotychczas środki moczopędne zawodziły, wobec szybkości ich działania i względnej nieszkodliwości, uważamy, że odkrycie tych leków znakomicie powiększyło nasz arsenał leczniczy i stanowi kolosalny postęp w leczeniu stanów obrzękowych. Zakres stosowania obu preparatów okazuje się bardzo obszernym i obejmuje poza zapalnemi schorzeniami nerek wszystkie stany jawnego i utajonego zatrzymania wody. O ile zwracamy się do Novasurolu i Salyrganu nie jako do *ultimum refugium* w rozpaczliwych przypadkach, możemy osiągnąć wspaniałe wyniki. Osobiście widywaliśmy częstokroć rezultaty, przekraczające najśmielsze oczekiwania. Obrzęki znikają wprost w oczach; płyn w opłucnej i osierdziu ubywa szybko, ułatwiając oddech i umożliwiając sen. Dokonywanie nakłucia jamy opłucnowej lub otrzewnowej staje się zbyteczne. Często odwodniony zapomocą Novasurolu lub Salyrganu ustrój reaguje znowu na łagodniejsze leki, na które dawniej nie reagował. Niezwykle cennem okazało się jednoczesne stosowanie preparatów naparstnicowych, szczególnie strofantyny. Stosując to

leczenie, jesteśmy w stanie utrzymać przez dłuższy czas przy życiu chorych, którzy, zdawało się byli skazani na rychłą śmierć.

Jako przykład przewlekłego leczenia strofantyną oraz Novasurolem i Salyrganem, pozwolimy sobie przytoczyć następującą historję choroby:

Chory A. Z., urzędnik, lat 51. Przed 12 laty ostry gościec stawowy, po którym powstała niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej. W r. 1922 pierwsze objawy niedomogi serca w postaci stale wzmagającej się duszności wysiłkowej. W r. 1924 chory zauważył po raz pierwszy obrzęk stóp. Od tego czasu znajduje się pod opieką lekarską. Pod wpływem leczenia obrzęki początkowo ustępowały. Po roku leczenie wewnętrzne przestało wywierać swój wpływ na mięsień sercowy, i chory, pomimo leżenia w łóżku oraz leczenia wewnętrznego najróżnorodniejszemi preparatami nasercowemi i moczopędnemi oraz pomimo znacznego ograniczenia przyjmowania płynów, puchł coraz bardziej. Diureza dobowa wahała się około 300 cm^3. Wówczas skierowano go na nasz oddział. W chwili przybycia stwierdzono stan następujący: chory przebywa w pozycji siedzącej, oddycha z dużym wysiłkiem, mowa utrudniona z powodu braku tchu. Duszność oraz kolosalne obrzęki prawie że uniemożliwiają choremu poruszanie się. Znaczna sinica widocznych błon śluzowych. Kończyny blade i zimne. Palce rąk i nóg o charakterze pałeczkowatym. Znaczne obrzęki całego ciała tak zniekształciły chorego, że przypominał on raczej napełniony wodą basen, niż postać ludzką. W jamach opłucnowych, osierdziowej i otrzewnowej stwierdza się znaczne ilości płynu. Obwód brzucha 92 cm. Wątroby, ani śledziony z powodu napięcia i obrzęku powłok nie można wymacać. Tony serca ledwo słyszalne. Tętno niemiarowe, słabo wypełnione, około 140 na minutę na sercu i 80 na tętnicy promieniowej. Ciśnienie krwi 125/60. Stan bezgorączkowy. Samopoczucie bardzo złe. Wzrost 166 cm. Waga 80 kg. W moczu ślad białka. W osadzie nic szczególnego.

Zaraz po przybyciu na oddział choremu zastrzyknięto dożylnie 0,25 mg strofantyny oraz 1 cm^3 Novasurolu. Już w kilka chwil po zastrzyku chory pod wpływem strofantyny poczuł ulgę podmiotową, polegającą na ułatwieniu oddechu. Po upływie zaś 3 godzin ujawniło się potężne działanie moczopędne Novasurolu: chory prawie że co chwila oddawał mocz i w przeciągu pierwszych 12 godz. po zastrzyku wydzielił 5,3 litr. Następnie działanie moczopędne Novasurolu wyczerpało się, i diureza prawie nagle osłabła. Badanie chorego dnia następnego wykazało znaczne obniżenie się poziomu płynu w jamach opłucnowych. Zastrzyk 0,3 mg strofantyny wpłynął na diurezę nieporównanie słabiej niż poprzedni zastrzyk kombinowany (diureza 1100). Chory po raz pierwszy od długiego czasu doskonale przespał noc. Samopoczucie poprawiło się znakomicie: chory odzyskał wiarę, że może być uratowany. Liczba skurczów poronnych zmniejszyła się znacznie. Opukiwanie serca wykazało powiększenie stłumienia sercowego, sięgające na palec na prawo od prawej linji mostkowej i na 2 palce na lewo od linji sutkowej lewej. U wierzchołka szmer skurczowy. Nad aortą 2 szmery. Dokonany trzeciego dnia zastrzyk strofantyny i Novasurolu znowu powiększył diurezę (4,8 litr.). Jednocześnie chory otrzymywał sól gorzką, która, powodując obfitą biegunkę, również przyczyniała się do odwodnienia ustroju. Obrzęk na krzyżu oraz obrzęk powłok brzusznych zmniejszyły się znacznie. Dnia tego można było wyczuć wątrobę, która sięgała na 2 palce poniżej pępka. Chory otrzymywał codziennie zastrzyk strofantyny oraz co 3 dni zastrzyk kombinowany strofantyny z Novasurolem; każdy zastrzyk Novasurolu podnosił natychmiast diurezę do 3—4 litrów. W przeciągu 12 dni chory, który jeszcze niedawno przedstawiał wielki zbiornik płynu przesiękowego, został całkowicie odwodniony. Waga z 80 kg spadła na 63, obwód brzucha zmniejszył się z 92 do 80 cm. Zastrzyki Novasurolu oczywiście odstawiono, zastrzyki zaś strofantyny (0,5 mg) stosowano coraz rzadziej, początkowo co 2, następnie co 3—4 dni. Po 3 tygodniowym po-

bycie w szpitalu chory na własne życzenie wypisał się. Ze względu na znacznie posunięte zwyrodnienie mięśnia sercowego oraz skłonność do obrzęków zachodziła konieczność stałego utrzymywania chorego na strofantynie i Novasurolu. Dalsze leczenie kontynuowano ambulatoryjnie. Chory co 4 — 5 dni otrzymywał zastrzyk strofantyny w połączeniu bądź to z Novasurolem, bądź z Salyrganem. Oba leki okazały się równowartościowe co do wpływu na diurezę. Pomimo przeszło już półrocznego stosowania tych leków ani razu nie stwierdzono żadnych objawów działania ubocznego rtęci. Stosujemy oczywiście zwykłe środki ostrożności w postaci płukania ust i dbania o regularny stolec. Chory stale kontroluje dokładnie dobową ilość przyjmowanych płynów (przeciętnie 900 cm^3) oraz diurezę (przeciętnie 500 cm^3). Co 3 — 4 dni, gdy obrzęki stają się widoczne, oraz chory zaczyna odczuwać większą duszność, otrzymuje dożylny zastrzyk strofantyny + Novasurol lub Salyrgan, i wówczas diureza stale podnosi się do 2 — 3 litrów, tak, że obrzęki znikają zupełnie, i akcja serca poprawia się znacznie. Zastrzyki samej strofantyny wpływały na powiększenie diurezy bardzo słabo. W ten sposób dzięki strofantynie oraz Novasurolowi względnie Salyrganowi utrzymujemy w stanie zupełnie znośnym i zdolności do pracy zawodowej tego człowieka, który, zdawało się, był już skazany na rychłą śmierć.

Dr. H. HÄRTEL, Drezno.

ODURZENIE NARKOTYCZNE SOLAESTHINĄ.

(Referat według: Schmerz, Narkose und Anästhesie 1929, Nr. 7).

Solaesthina nadaje się zarówno do krótkiego odurzenia jak i w połączeniu ze znieczuleniem miejscowem do zapoczątkowania zupełnego uśpienia eterowego i do odurzenia dłużej trwającego.

Środki uspokajające są dla przygotowania do krótkiego odurzenia zbyteczne; przy innych rodzajach odurzenia należy podać jakiekolwiek pochodne makowca. Technika krótkiego odurzenia jest bardzo prosta; można w tym celu użyć każdy flakonik z kroplomierzem i najlepiej maską Schimmelbuscha lub 8 — 12 krotną zasłonę z gazy. Na sekundę daje się 1 — 2 krople na całą powierzchnię maski. Początkowo dawkuje się nawet nieco powolniej. Zamrożenie, jak przy stosowaniu chlorku etylu, nie zdarza się. Pacjentom pozwala się spokojnie zasnąć; usypiają oni przeważnie po 80 — 150 kroplach, dzieci zaś wcześniej. Okres znieczulenia trwający dłużej niż przy chlorku etylu osiąga się wówczas, gdy chory przestaje liczyć lub myli się przy liczeniu. Należy wówczas zakraplanie przerwać i można dokonać zabiegu. Obudzenie się jest przyjemniejsze niż po chlorku etylu. Chorzy wymiotują rzadziej i po krótkim czasie czują się tak dalece dobrze, że są w stanie udać się do domu. Zasługuje na uwagę spostrzegana czasem amnezja.

Odurzenie Solaesthiną można również łączyć ze znieczuleniem miejscowem; w ten sposób dokonywuje się np. zabiegów na kiszce ślepej w znieczuleniu miejscowem. Przy rozrywaniu zrostów lub występowaniu bólów stosuje się chwilowe odurzenie solaesthinowe.

Przy stosowaniu Solaesthiny do zapoczątkowania uśpienia eterowego, przestaje się dawać Solaesthinę w chwili, gdy chory zaczyna źle liczyć i na-

stępnie przechodzi się do eteru. Przy tym sposobie oszczędza się częstokroć do 50% eteru. Objawy mdłości są przy tem uśpieniu solaesthinowo-eterowem o wiele mniejsze niż przy samym eterze.

Stosując dłużej trwające odurzenie przy takich operacjach, przy których zupełne zwiotczenie mięśni nie jest koniecznie potrzebne, można utrzymać chorego w stanie zupełnego znieczulenia. Odruchy ścięgniste pozostają przeważnie zachowane. Po obudzeniu się stwierdza się natomiast prawie zawsze amnezję. Dopóki chory śpi, zarządza się przerwę, można nawet ewent. zdjąć maskę, aby następnie, gdy się chory zaczyna budzić, nalewać znowu krople Solaesthiny. W ten sposób można dokonać nawet większych zabiegów (np. zagipsowanie złamań, wydłutowanie przy zapaleniu szpiku kostnego, otworzenie zatok szczękowych i t. d.). Żadnych powikłań nie stwierdzono ani razu, pomimo że stosowano Solaesthinę począwszy od niemowląt aż do starców w 80-ym roku życia.

Na podstawie prac PRIESTERA, METNITZA, MOHRA, JAEGERA i innych:

O STOSOWANIU JOTHIONU DO LECZENIA CHORÓB JAMY USTNEJ

Dotychczas stosowano jod do leczenia zapalenia dziąseł i zapalenia okostnej zębodołowej przeważnie w postaci nalewki jodowej. Nalewka jodowa posiada jednak dość dużo stron ujemnych: działa drażniąco na błonę śluzową, silnie zabarwia skórę, wchłania się w stopniu bardzo słabym i powoduje często pryszczycę. Wszystkich tych braków nalewki jodowej można uniknąć, jeżeli stosuje się Jothion, przedstawiający bardzo łatwo zmydlany ester kwasu jodowodorowego o zawartości 80% jodu.

Jothion nie drażni błony śluzowej tak silnie jak nalewka jodowa, wchłania się natomiast i działa na warstwy głębokie o wiele lepiej. Nie barwi on poza tem tkanek i nie powoduje pryszczycy.

W r. 1905, wkrótce po wprowadzeniu Jothionu do lecznictwa, *Metnitz* (Oesterr. Zeitschr. - für Stomatologie 1905, Nr. 3) podał jako pierwszy swe spostrzeżenia nad działaniem Jothionu przy zapaleniu dziąseł, wrzodziejącem zapaleniu jamy ustnej i zapaleniu okostnej zębodołowej. Stan miejscowy poprawiał się bardzo szybko, chorzy zaś nie odczuwali przykrego zapachu i smaku jodu. Objawów jodzicy nawet u skłonnych do tego pacjentów nie spostrzegano ani razu. Według *Memelsdorfa* (Zeitschr. für Zahnheilkunde 1910, Nr. 3) Jothion posiada nad nalewką jodową przewagę pod 4 względami:

1. Jothion wchłania się znacznie prędzej,
2. działa o wiele silniej na warstwy głębokie,

3. nie drażni dziąseł,
4. można go bez zastrzeżeń oddać pacjentowi do rąk.

Również i *Jaeger* (D. Z. Wochenschrift, rocznik XV, Nr. 47) *Struck* (D. Monatsschr. f. Zahnhk. 1914, Nr. 4 i 7) i *Mohr* stosowali Jothion z pomyślnym wynikiem przy Pericementitis, przekrwieniu dziąseł, torbielach, przetokach i t. d. *Mohr* (D. Z. W. 1913, Nr. 12) stosował Jothion z pewnym wynikiem dodatnim przy ropotoku zębodołowym. Jedna z pacjentek *Mohra*, która na stosowanie waty jodoformowej przy zapaleniu okostnej zębodołowej siekacza reagowała silnym katarem jodowym, znosiła Jothion bardzo dobrze. Pod wpływem stosowania Jothionu nastąpiła znaczna poprawa. *Salfeld* (D. Mtsch. für Zahnheilk. 1912, Nr. 2) usuwał przy pomocy Jothionu w ciągu kilku godzin nawet mocne bóle okostnowe.

Lewiński (D. Z. Wochenschr. XIX, Nr. 6) osiągał nawet przy znacznem rozluźnieniu zębów szybką poprawę, stosując Jothion możliwie głęboko do uchyłków dziąseł.

Priester (D. Z. Wochenschr. 1927, Nr. 25/6) leczył Jothionem z pomyślnym wynikiem chorych dotkniętych zapaleniem jamy ustnej, dziąseł i powierzchownemi owrzodzeniami błony śluzowej. Jothion oddawał duże usługi również i przy leczeniu korzeni.

Zasługuje wreszcie na uwagę fakt, że Jothion w przeciwstawieniu do nalewki jodowej wcale nie wpływa szkodliwie na instrumenty.

Dr. LUCIE ROSENBUND, Hosp. Buch. Berlir.

O WPŁYWIE KWASU SALICYLOWEGO NA DRŻENIE STARCZE I DRŻENIA INNEGO RODZAJU.

(Referat według Med. Klin. 1929, Nr. 14)

Przeciwko drżeniu z wzmożonem napięciem zaleca się skopolaminę, arsen, brom i metody fizykalne, podczas gdy przy drżeniu toksycznem jak np. przy chorobie Basedowa, zatruciu ołowiem i alkoholizmie możliwem jest zadziałanie na chorobę podstawową. W przeciwstawieniu do wymienionych rodzajów drżenia, wydaje się, że na drżączkę dziedziczną, rodzinną i starczą wpłynąć leczniczo nie jesteśmy w stanie. *Rosenbund* przypadkowo wykryła sposób zadziałania na drżączkę starczą, nie przebiegającą z napięciem mięśniowem. Pewna 70-cio letnia kobieta, cierpiąca już od trzech lat na drżączkę, zażyła ze względu na inną chorobę Gelonida antineuralgica i zauważyła nagłe ustanie drżenia. Badanie wykazało, że z pośród poszczególnych części składowych przyjętego leku składnikiem, który wpłynął na drżenie, był salicyl. Wpływ podmiotowy

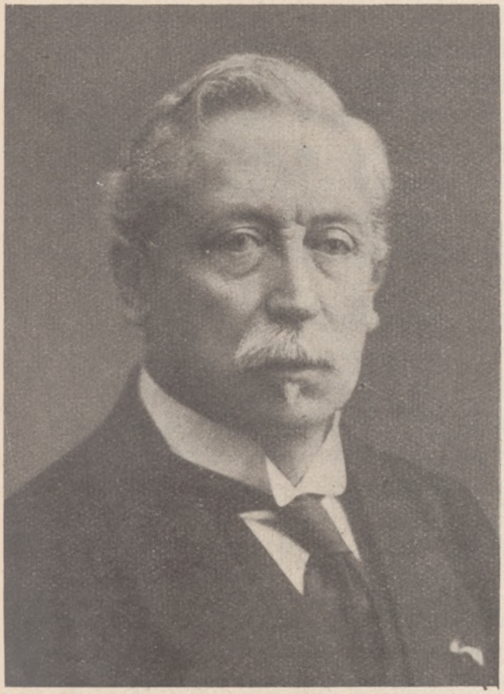
można było wykluczyć, gdyż pacjenci początkowo nie wiedzieli, z jakiego powodu podawano im preparat kwasu salicylowego. Ogółem leczyła *Rosenbund* 22 chorych (przeważnie drżenie starcze, również jednak i drżenie rodzinne, dziedziczne i alkoholowe). Najtrudniej było wpłynąć na drżenia głowy. Gdy już poznano kwas salicylowy jako ważny czynnik leczniczy, stosowano następnie prawie wyłącznie wzmocniony przetwór salicylowy, Aspirynę. Środek ten nie zawiódł prawie ani razu. Zupełne ustąpienie drżenia stwierdzono, coprawda, jedynie w bardzo rzadkich przypadkach (6 wyleczeń drżączki starczej), mniejszą jednak lub większą poprawę stwierdzano w większości przypadków. Drżenie stawało się drobniejszem, podczas gdy ilość odchyleń drżenia pozostawała ta sama.

Wielkość możliwego do osiągnięcia wyniku zależy od wielkości poszczególnej dawki. Pomyślne działanie ujawniało się przeważnie już po kilku dniach. Rozdrobnienie potrzebnej dawki na mniejsze wydaje się niewłaściwem. Zaleca się raczej, aby dawkę ogólną 3 — 5 g zażyć w ciągu 2 — 3 godzin. Najlepszym środkiem okazała się Aspirina. Naogół daje się początkowo 2 — 3 g Aspiriny w ciągu 1 godziny przez 2 — 3 kolejnych dni; można również, jeżeli się to wydaje potrzebnem, rozpocząć od mniejszych dawek, jeżeli się jednak skutku nie osiąga, należy dawkę szybko powiększyć. Nie zachodzi potrzeba zażywania leku dłużej niż w ciągu 3 dni. Kontynuowanie nadal leczenia również nie jest potrzebne, gdyż osiągnąć w ten sposób większej poprawy nie udaje się. Wytłumaczyć działania salicylu na razie nie jesteśmy jeszcze w stanie. Z dokonanych jednak spostrzeżeń wynika, że krótkotrwałe podawanie salicylu wpływa pomyślnie na większość przypadków drżenia bez napięcia mięśni.

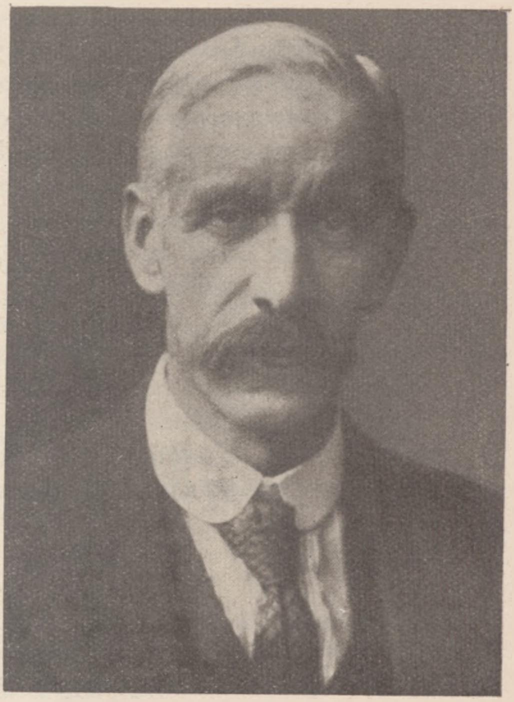
Uwaga. Podczas korekty, spostrzegano w międzyczasie 2 dalszych chorych z pojedyńczemi tic'ami, które ustąpiły pod wpływem omawianego leczenia, gdy tymczasem inny chory, dotknięty mrużeniem oczu po operacji ocznej, na salicyl nie zareagował.

NOWA NAGRODA NOBLA ZA PRACE W DZIEDZINIE MEDYCYNY.

Nagrodę Nobla za prace lekarskie otrzymali w tym roku profesor *Eijckman* i profesor *Hopkins*. Obaj uczeni zasłużyli się wielce swemi długoletniemi cennemi pracami na polu badań nad witaminami. Główna zasługa *Eijckmana* polega na odkryciu witaminy B. *Eijckman* pierwszy stwierdził obecność tej witaminy w otrębach ryżowych i ustalił związek przyczynowy między brakiem witaminy B i chorobą Beriberi.



PROF. EIJCKMAN



PROF. HOPKINS

Hopkins w r. 1912 wykazał, że szczury odżywiane pokarmem nie zawierającym witamin giną, po dodaniu zaś do ich pożywienia niewielkiej ilości mleka, wracają do zdrowia. *Hopkins* wywnioskował z tego, że dla utrzymania życia niezbędnie potrzebne są jeszcze „pewne dodatkowe składniki pożywienia"; myśl ta była punktem wyjścia wszystkich późniejszych badań nad witaminami.

Odznaczenie nagrodą Nobla i w tym roku uczonych, zajmujących się głównie badaniem witamin dowodzi, jak duże znaczenie przypisuje się obecnie tej sprawie.

PELLIDOL

dla całkowitego pokrywania się
RAN NABŁONKIEM
oraz skutecznego leczenia pryszczycy i wszelkiego rodzaju uporczywych chorób skóry.

Proszek w pudełkach po 10, 25, 50, 100 i 250 g.

BAYER

LUCIUS M L & B MEISTER BRÜNING HOECHST

TRIGEMIN

NIEZAWODNY środek przeciwbólowy i uspokajający o wybiórczem działaniu na nerwy głowy.
Brak działania ubocznego na serce.

Specjalne wskazania: Typowy nerwoból nerwu trójdzielnego, ból zębów, nerwoból potyliczny, zapalenie ciałka rzęskowego, jaskra.

Dawkowanie: 1—3 razy dziennie po 0,25—0,75 g.

Opakowania oryginalne: 10 względnie 20 tabletek lub kapsułek po 0,25 g.



BAYER

LUCIUS M L & B MEISTER BRÜNING HOECHST

» Bayer-Meister Lucius «

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT ⁂ LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agent. „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5, — skrzynka pocztowa 748,
wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Przyczynek do sposobu leczenia ukrytego zapalenia miedniczek nerkowych z bólami pęcherzowemi.

Przy zapaleniu miedniczek nerkowych z bólami w pęcherzu moczowym *Sorrentino* zaleca zamiast drażniących przepłukiwań pęcherza wkraplanie Antipyriny, przy silniejszych bólach z Tutocainą, lub czopki do odbytnicy z kokainy, belladonny i t. d. Poza tem podaje on codziennie doustnie 0,1 g błękitu metylenowego w dwóch dawkach i dożylnie 10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny w ciągu 10 dni; następnie zarządza przerwę kilkodniową, poczem stosuje jeszcze drugą i trzecią serję wstrzykiwań z 5—6-dniową przerwą. W międzyczasie stosuje się przepłukiwania pęcherza zapomocą Hg-oxycyanatum, gdyż chorzy po pierwszej serji wstrzykiwań czują się już znacznie lepiej. Po trzeciej serji wystarcza już podawanie środków odkażających do wewnątrz. Jedynie w bardzo ciężkich uporczywych przypadkach leczenie trwało przez czas dłuższy. Najważniejszem jest wczesne rozpoczęcie energicznego leczenia.

Dr. Sorrentino, Neapol

(Journ. belge d'urologie 1929, Nr. 4.)

Niemiarowość zupełna i jej leczenie.

Według *Ohlshausena* przy leczeniu niemiarowości zupełnej chinidyną udaje się prawie w 60% przypadków doprowadzić tętno do miarowości. W 53,1% tętno stawało się zupełnie miarowem, w 9,4% umiarowienie okazywało się jedynie przemijającem, w 37,5% leczenie to pozostawało bez wpływu. Czas trwania wady serca, jego rozmiary, wady kombinowane, serca olbrzymie, podeszły wiek nie przedstawiają bynajmniej przeciwwskazania do leczenia chinidyną. Nawet niewyrównanie nie jest bezwzględnem przeciwwskazaniem. Próby leczenia chinidyną nie należy dokonywać jedynie wtedy, gdy mamy do czynienia z bezpośredniem grożącem życiu niebezpieczeństwem lub gdy uprzednie leczenie niewyrównania naparstnicą i t. p. nie doprowadziło do żadnej wyraźniejszej poprawy. Niebezpieczeństwa leczenia chinidyną polegają w istocie na samej sprawie osiągnięcia miarowości (oderwanie się zakrzepu w przedsionku w chwili ustania migotania przedsionków) i zależą od chinidyny jedynie pośrednio. (Niemiarowość zupełna przedstawia zawsze zwiększone niebezpieczeństwo zatoru i z tego względu nie wolno każdego zawału uzależniać od działania chinidyny). Przy prawidłowem leczeniu serca (usunięcie wody i soli z ustroju zapomocą Salyrganu i diety) niebezpieczeństwo bezpośredniego zadziałania szkodliwego chinidyny na serce jest minimalne, tak że można nawet podawać znacznie większe dawki ogólne i przez czas o wiele dłuższy niż to dotychczas zwykle stosowano.

Dr. W. Ohlshausen,

Kierownik oddziału wewnętrznego szpitala Neuenbürg i uniwersyteckiej kliniki chor. wewn. w Frankfurcie n/Menem. (Ztrbl. f. inn. Med. 1929, Nr. 37.)

Wczesne rozpoznanie niedokrwistości złośliwej zapomocą halometru.

Dla wczesnego rozpoznania niedokrwistości złośliwej określenie stopnia powiększenia przekroju krwinek czerwonych ma bardzo duże znaczenie. Jest to objaw najwcześniejszy, który przy leczeniu dietą wątrobową znika na ostatku. Do określenia przekroju erytrocytów stosuje się przyrząd zwany halometrem. Zasada polega na tem, że w padającem świetle maleńkie cząsteczki otoczone są polem, które jest tem mniejsze im większe są cząsteczki. Światło puszcza się poprzez cienki rozmaz krwi i halometr wykazuje wielkość pola w stopniach mierzo-

nych wielkością kąta. Następnie przy pomocy specjalnej tablicy określa się przekrój. W warunkach prawidłowych pole waha się od 4,6 do 4,9%, przy niedokrwistości złośliwej, nawet w najwcześniejszym okresie, wielkość jego wynosi 4,4 lub nawet mniej. Leczenie wątrobą przywraca wielkości prawidłowe nawet wtedy, gdy wyraźniejszej niedokrwistości jeszcze nie było. *Eve* proponuje z tego względu, aby u wszystkich podejrzanych chorych, a zwłaszcza przy bezsoczności żołądkowej, powrózkowatem zapaleniu rdzenia, niejasnych anemjach, paleniu języka i t. d. badać przekrój krwinek czerwonych. Oprócz leczenia wątrobowego podaje *Eve* duże ilości kwasu solnego, gdyż przypuszcza, że przy bezsoczności paciorkowce pochodzące z chorych zębów mogą osiedlić się w górnych odcinkach przewodu pokarmowego i przyczyniać się do powstawania niedokrwistości złośliwej. Podawanie kwasu solnego ma na celu usunięcie tych paciorkowców. Z tychże samych względów zaleca autor usuwanie chorych lub podejrzanych zębów i migdałów podniebiennych. Poza tem autor jest zwolennikiem wyodrębnienia klinicznego t. zw. niedokrwistości złośliwej; objawy tego okresu wstępnego są następujące bezsoczność, dolegilwości językowe, niskie wartości halometryczne, objawy nerwowe i możność zadziałania na nie zapomocą diety wątrobowej.

Dr. Frank Eve,

Victoria Hosp. f. Sick. Childr., Hull. (Brit. med. J 1929, Nr. 3575.)

Ostry katar nosa.

Do przeprowadzenia leczenia napotnego przy ostrych nieżytach nosa *Seiferth* zaleca swym pacjentom szklankę gorącej herbaty i 0,5 g Aspiriny. Przeciwko bólom zapisuje on 0,3 g Pyramidonu lub proszki mieszane: 0,5 g Phenacetini, 0,3 g Antipyrini i 0,1 g Coffeini (3 razy dziennie), do leczenia miejscowego zaś Suprarenin 1 : 1000 i Menthol-paraffinum (Mentholi 0,1, Paraffin. liq. ad 50,0). Chory powinien 3 razy dziennie wpuszczać do nosa kilka kropel każdego roztworu i to naprzemian raz Suprareninę, raz Menthol z parafiną. Przy ostrych nieżytach nosa u niemowląt *Seiferth* zaleca 2 razy dziennie 0,1 g Pyramidonu. Niedrożność zaś nosa usuwa przed karmieniem zapomocą wkraplania Suprareniny bornej (Acid. boric. 0,4, Suprarenini (1‰) gtt. 30, Aq. dest. 20,0). Doskonale działa czasem nasmarowanie błony śluzowej nosa parafiną lanolinową z dodatkiem Suprareniny i octanu glinu. Wpływa to pomyślnie na istniejące jednocześnie zaczerwienienie i wyprysk otworów nosowych. (Lanol. anhydr. Paraff. liquid. aa 15,0, Liq. Alum. acet. 1,0. Suprarenin gtt. XX.)

Dr. L. B. Seiferth,

Klinika uniwersytecka chorób gardła, nosa i uszu w Kolonji. (Med. Klin. 1929, Nr. 41.)

Znieczulenie miejscowe przy szczękościsku.

W przypadkach ostrego szczękościsku *Krivine* zaleca gorąco stosowanie znieczulenia miejscowego. Wstrzykuje się 2 cm³ 1 — 2%-owego roztworu Novocainy pionowo, głęboko w skórę, nad wgłębieniem ograniczonem od góry przez łuk jarzmowy a od tyłu przez główkę kłykcia stawowego. Po upływie 10 minut szczękościsk znika.

Dr. P. Krivine

(Presse Med. 1929, Nr. 28.)

W sprawie zwiększania się ilości przypadków zakrzepów i zatorów w ostatnich latach i występowania zakrzepów samoistnych.

Coraz częstsze występowanie zakrzepów i zatorów w ostatnich latach skłoniło *Singera* do badań statystycznych. Przegląd 34,000 historyj chorób kliniki lipskiej (z tego 15,000 z lat 1912 — 1913, pozostałe zaś z lat 1926 — 1928) wykazał, że w okresie 1926 — 1928 częstość zakrzepów wzrosła z 12,6 do 29,0‰, czyli zwiększyła się 2½ raza. Liczba śmiertelnych zatorów płucnych wzrosła 4½ raza, a mianowicie z 1,3 do 6,5‰. Zakrzepy dotyczyły najczęściej chorych w wieku 50 — 60 lat i występowały przeważnie u kobiet. Zaburzenia naczyniowe były umiejscowione zwykle w dolnej połowie ciała. Powodem choroby były najczęściej zaburzenia krwiobiegu. Związku przyczynowego z wstrzykiwaniami dożylnemi

nie można było stwierdzić. *Singer* przypuszcza, że częstsze występowanie zakrzepów i zatorów zależy od stosowania silniejszych sposobów leczniczych, a zwłaszcza od mocniejszego odwodniania.

Dr. B. Singer,
Klinika chor. wewn. Uniwersytetu Lipskiego. (Dtsch Arch. klin. Med. 1929, tom 164.)

O leczeniu zapalenia opon mózgowych.

Autorzy opisują przypadek zapalenia opon mózgowych wywołanego meningokokami typu A. Leczenie polegało na dolędźwiowem, podpotylicznem i domózgowem wstrzykiwaniu Trypaflaviny. Stężenie roztworu wahało się między 1 : 50.000 — 5.000. Na dawkę stosowano 2 — 5 cm^3. Objawów wstrząsu nie stwierdzano. Po początkowej szybkiej poprawie wystąpił w 9-ym dniu nawrót, który również udało się bardzo szybko zwalczyć zapomocą podanej w ten sam sposób Trypaflaviny. Leczenie barwnikiem akrydynowym okazało się nadzwyczaj skutecznem jeszcze w 2 innych przypadkach, w których uprzednie leczenie surowicą zawiodło zupełnie.

Dr. Chavany, dr. Arnaudet i dr. Gaillard,
(Pr. méd. 1929 Nr 56.)

Przyczynek do stosowania Omnadiny.

Pani S., lat 42. Od dzieciństwa cierpi na zołzowe obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi i pod pachami. Operowano ją wielokrotnie z powodu ropienia tych gruczołów. W roku zeszłym róża lewej piersi i lewego uda. Od 2 miesięcy ciepłota przekracza 38^0. Brak łaknienia, ogólne osłabienie i apatja. Dotychczasowe leczenie polegało na stosowaniu Pyramidonu, po którym gorączka obniżała się coprawda na 1 — $1^1/_2$ godzin do $37,5^0$, lecz szybko następnie dochodziła znowu do przeszło 38^0.

Stan przedmiotowy: ciepłota $38,4^0$; chora typu astenicznego, senna; znaczne powiększenie szyjnych gruczołów chłonnych. W prawym górnym płacie szczegółowe badanie wykazuje obecność jamy z rzężeniami przy wdechu i wydechu. Przypuszczenie gruźlicy trudno jednak potwierdzić badaniem plwociny na obecność prątków, gdyż chora wcale nie odpluwa. Po domięśniowem wstrzyknięciu do pośladków 2,0 Omnadiny ciepłota nazajutrz rano $37,2^0$, po upływie 2 dni $37,2^0$ — $37,5^0$. Chora czuje się bardzo dobrze, łaknienie doskonałe. Na trzeci dzień jeszcze jedno wstrzyknięcie Omnadiny, na czwarty dzień ciepłota prawidłowa i chora „czuje się jak odrodzona". Po dwóch tygodniach stwierdza się znaczne zmiękczenie lewej piersi, po upływie zaś miesiąca pierś odzyskuje prawie całkowicie swą zwykłą spoistość.

Dr. N. Rafaels,
Vircava, Łotwa.

Nowe środki do leczenia zakażenia ran.

Przy ciężkich zapaleniach jamy ustnej, przebiegających z groźnemi objawami ogólnemi, jak podwyższenie ciepłoty, złe samopoczucie, osłabienie i bóle głowy, chorzy znoszą zwykle miejscowe stosowanie ciepła bardzo źle. Wskazanem jest w tych przypadkach oczywiście leżenie w łóżku i leczenie zachowawcze. U takich chorych stosowałem z bardzo pomyślnym wynikiem domięśniowe wstrzykiwania Omnadiny Mucha i z tego powodu pragnąłbym zwrócić uwagę kolegów na ten preparat. Omnadina różni się zasadniczo od innych szczepionek tem, że wykorzystano w niej dla leczenia bodźcowego nietylko białkowe produkty bakteryjnej przemiany materji, lecz również i związki tłuszczowe i lipoidowe. Ten skład Omnadiny okazał się nadzwyczaj korzystny dla zwiększenia wydolności ustroju i dla uruchomienia i wytwarzania przeciwbakteryjnych ciał obronnych. Oprócz tej cennej własności leczniczej dalsza zaleta Omnadiny polega na tem, że nie powoduje ona żadnego odczynu miejscowego, anafilaktycznego lub ogólnego. Doskonałe działanie Omnadiny poznałem po raz pierwszy na samym sobie, gdy mi ją wstrzyknięto z powodu zapalenia ślinianki, później zaś stosowałem ją z pomyślnym wynikiem do poronnego leczenia angin. Pomyślne wyniki osiągane przy pomocy tego preparatu skłoniły mnie do dokładnego zapoznania się z całem odnośnem piśmiennictwem. We

wszystkich przypadkach, w których dotychczas stosowałem Omnadinę, byłem bardzo zadowolony z szybkości jej działania. Dwa wstrzyknięcia po 2 cm^3 w ciągu dwóch kolejnych dni okazywały się wystarczające. Omnadinę wstrzykuje się dopośladkowo zapomocą strzykawki Recorda i mocnej igły długości 4 do 8 cm. Przy szybkiem głębokiem wkłuciu zastrzyk jest prawie zupełnie bezbolesny. Jałowość całego materjału do wstrzykiwań jest, oczywiście, conditio sine qua non.

Dr. Düringer,
(Zahnärztl. Rdsch. 1929, Nr. 2.)

W sprawie leczniczego i zapobiegawczego stosowania Vigantolu.

Hauser stosował z doskonałym wynikiem Vigantol u przeszło 100 dzieci z krzywicą, przy ciężkich chorobach zakaźnych powikłanych zaburzeniami odżywiania i przy ciężkiej czwraczności. Niemowlętom u piersi podawał 2 — 3 krople dziennie, nieco starszym dzieciom zaś 4 — 5 kropel Vigantolu w oliwie 2 - - 3 razy dziennie. Szczególną uwagę zwraca autor na znaczenie zapobiegawczego podawania Vigantolu kobietom w ciąży i niemowlętom pochodzącym z rodzin krzywiczych. Znaczna przewaga Vigantolu nad tranem polega na możliwości podawania Vigantolu w razie potrzeby również i latem, gdy tymczasem tran w gorącej porze roku dzieci przyjmują bardzo niechętnie, gdyż powoduje on dolegliwości żołądkowe i przyczynia się do utraty łaknienia.

Dr. A. Hauser, Ingolstadt.
(Aerztl. Rundschau 1929, Nr. 15.)

O znaczeniu Solaesthiny.

Verron stosował z powodzeniem Solaesthinę w 250 przypadkach do odurzenia narkotycznego i 1000 razy do zapoczątkowania uśpienia zupełnego. Chorzy budzą się z uśpienia po Solaesthinie nieco później niż z uśpienia chlorkiem etylu, dzięki czemu przy uśpieniuSolaesthiną nakładanie opatrunku odbywa się jeszcze w okresie uśpienia i jest wobec tego zupełnie bezbolesne. W przeciwstawieniu do chlorku etylu Solaesthinę można stosować bez względu na wiek, nawet u niemowląt. Solaesthina jest mniej trującą niż chlorek etylu. Objawów działania ubocznego nie spostrzegano ani razu.

Dr. O. Verron, Drezno.
(Ztrbl. f. Chirurg. 1929, Nr. 36.)

Współczulny nerw szyjny i jego stosunek do tarczycy przy chorobie Basedowa.

Usunięcie szyjnego zwoju współczulnego przy chorobie Basedowa okazuje wpływ następujący: 1 początkowo wzmożenie się wszystkich objawów, prawdopodobnie wskutek pobudzenia czynności tarczycy; 2. okres poprawy po jednym lub kilku miesiącach; 3. wreszcie zmniejszenie się wszystkich jeszcze istniejących objawów. Wytrzeszcz pozostaje przeważnie bez zmian. Jedynie jeżeli rozchodzi się o spastyczne cofnięcie się powiek, sympatektomja może również i tu doprowadzić do poprawy. Jeżeli natomiast uwypuklenie oczu zależy od stanu samej gałki ocznej, wówczas poprawy nie stwierdza się żadnej lub jest ona jedynie bardzo nieznaczna. Po chwilowem powiększeniu gruczoł tarczowy zmniejsza się; zmniejszenie się może jednak nastąpić również odrazu. W usuniętym zwoju stwierdza się zwyrodnienie ziarniste, zanik komórek nerwowych, zwiększenie się tkanki barwnikowej i łącznej. Chociaż sympatektomja nie prowadzi do wyleczenia, poprawa jednak po niej jest znacznie większa niż po podwiązaniu tętnicy. W przypadkach, w których stan ogólny nie pozwala na usunięcie części tarczycy, wskazanem jest dokonanie sympatektomji. Przeważnie wystarcza jednostronne usunięcie środkowego i dolnego zwoju szyjnego.

Dr. R. Cunliffe Shaw.
(Brit. med. Journal 1929, Nr. 3558.)

O leczeniu Novalginą.

Novalgina jest bardzo skutecznym środkiem przeciwbólowym, nie zawodzącym nawet przy tych cierpieniach, przy których łagodne środki przeciwbólowe szeregu pyrazolonowego okazują się nie wystarczające. Przy nerwobólu nerwu trójdzielnego wstrzykuję 1 cm^3 roztworu Novalginy do nerwu nadoczodołowego; miejsce nakłucia znieczulam uprzednio chlor-

kiem etylu. Pod wpływem tego leczenia bóle ustępowały bardzo szybko. Podobnie pomyślne wyniki otrzymywałem wstrzykując Novalginę przy nerwobólach nerwu łydkowego w okolicę główki kości piszczelowej, w pobliżu przebiegającego tutaj nerwu. Bóle ustępowały natychmiast. Pewnej starszej damie, cierpiącej bardzo z powodu objawów przewlekłej dny i której nawet preparaty makowca nie sprawiały ulgi, wstrzyknąłem domięśniowo 2 cm^3 Novalginy. Wynik okazał się natychmiastowy; okres bezbolesny trwał około 24 godzin. Dalsze wzmocnienie działania Novalginy udało się osiągnąć przez jednoczesne doustne podawanie Gardanu. Novalgina jest również mocnym środkiem przeciwgorączkowym. W pewnym przypadku ciężkiego ropnego zapalenia opłucnej gorączka nie poddawała się wpływowi zwykle stosowanych środków przeciwgorączkowych. Dopiero po podskórnem wstrzyknięciu 2 cm^3 Novalginy, ciepłota spadła z 41^0 na 37^0.

Radca sanitarny *Dr. Hauck*, Wrocław.

Leczenie miejscowe ropnych spraw płucnych zapomocą śródpiersiowych wstrzykiwań Neosalvarsanu.

Pewnemu pacjentowi ze zgorzelą płuc zastrzyknął *Edel* po wydobyciu z prawego płuca 5 cm^3 ropy, w ognisko ropne 0,15 g Neosalvarsanu w 10-ciu cm^3 roztworu związku wapniowo-mocznikowego. Wobec tego, że w związku ze wstrzyknięciem nastąpiła zarówno przedmiotowa jak i podmiotowa poprawa, wstrzykiwania powtarzano we wzrastających dawkach co 4 — 5 dni, aż do dawki ogólnej 5,25 g. Stopniowo nastąpiło zupełne wyleczenie.

Zachęcony tem powodzeniem *Edel* wypróbował to samo postępowanie przy dwóch ropnych zapaleniach opłucnej, przy których, po uprzedniem wypuszczeniu ropy, wstrzykiwał kilkakrotnie do jamy opłucnowej roztwór Neosalvarsanu w 10 cm^3 wody przekroplonej. Pierwszy chory wyzdrowiał po 7-iu tygodniach, drugi zaś powrócił do zdrowia już po dwóch wstrzyknięciach po 0,45 g. W przypadkach ropnego zapalenia opłucnej, leczonego chirurgicznie, jamę opłucnową wypełniano po zabiegu tamponami gazowemi nasyconemi roztworem Neosalvarsanu lub też zakładano sączki wypełnione pasmami gazy neosalvarsanowej. Ogółem stosowaliśmy leczenie Salvarsanem dotychczas u 8 chorych.

Dr. H. Edel,

Niemiecka klinika chor. wewn. Uniw. Praskiego. (Med. Klin. 1929, Nr. 17.)

W sprawie prawdopodobnego pochodzenia eozynofilji przy glistnicy robaczkowej i przy innych czerwiach jelitowych.

W przypadkach obecności w ustroju czerwi jelitowych stwierdza się, jak wiadomo, eozynofilję. Wstrzykiwania wyciągu z glistnicy powodowały u kota natychmiastowe powstawanie eozynofilji; również i wyciągi nie zawierające białka wywoływały omawianą zmianę obrazu krwi. Gotowanie niszczyło tę właściwość wyciągów. Według *Flury* jadowitość askaryd polega głównie na obecności w nich aldehydów z szeregu kwasów tłuszczowych. Na tej podstawie *Borchardt* badał wpływ różnych aldehydów (formaliny, aldehydu propylowego, izobutylowego, izowalerjanowego, krotonowego i wreszcie octowego) na liczbę komórek eozynochłonnych. I istotnie, różne te aldehydy stale zwiększały liczbę eozynofilów. Jedynie aldehyd octowy, będący prawidłowym pośrednim produktem przemiany materji, nie okazywał żadnego wpływu na obraz krwi.

Wyniki tych badań przemawiają za tem, że eozynofilja w związku z obecnością czerwi nie przedstawia objawu anafilaktycznego, lecz zależy od podrażnienia szpiku kostnego przez ściśle określone związki chemiczne.

Dr. W. Borchardt,

Inst. f. Schiffs-und Tropenkrkh., Hamburg. (Kli. Wo. 1929, Nr. 13.)

Przyczynek do leczenia świerzby.

W porównaniu z dziegciem, styraksem, β - naftolem i balsamem peruwjańskim organiczny związek siarki, Mitigal, posiada przy leczeniu świerzby przewagę większej skuteczności, szybszego cofania się wtórnych zmian skórnych i lepszej tolerancji. *Coruzzi* stosował Mitigal w 35 przypadkach świerzby. Po uprzedniej kąpieli wcierano Mitigal w skórę pacjentów

3 razy dziennie. Następnie powtórna kąpiel, poczem po 12 godzinach czwarte wcieranie i wreszcie po trzeciej ciepłej kąpieli, chorych można było wypisać jako wyleczonych.

Sześciu z pośród 35 łeczonych Mitigalem chorych było jednocześnie dotkniętych pryszczycą lub ropnicą skóry. Również i u tych chorych leczenie Mitigalem dało doskonałe wyniki, gdyż objawy skórne ustąpiły zupełnie.

Cztery leczone kobiety były w ciąży i przekroczyły już piąty miesiąc. Stałe badanie moczu zawsze dawało wynik ujemny. Objawów podrażnienia nerek, spostrzeganych częstokroć przy stosowaniu innych środków przeciwświerzbowych, nie stwierdzono. Zaledwie jedna chora musiała po 20 dniach powtórzyć leczenie. Nawrót ten zależał prawdopodobnie od tego, że po powrocie do domu chora nie zmieniła pościeli. Działanie Mitigalu ujawniało się u wszystkich chorych natychmiastowo i okazało się niezawodnem. Swędzenie znikało zupełnie częstokroć już po pierwszem, a zawsze po drugiem wcieraniu. *Dr. Cesare Coruzzi,*

(Pensiero Medico, tom 17, Nr. 5.)

O usuwaniu nieprawidłowego zabarwienia zębów.

Klinika odróżnia zewnątrz- i wewnątrzpochodne zabarwienie zębów. Zabarwienie zębów pochodzenia zewnętrznego może być najrozmaitszego rodzaju. Najczęściej zależy ono od:

1). odkładania się kamienia zębowego lub od
2). osadu.

Leczenie tego osadu jest następujące:

Przed każdem oczyszczeniem zębów należy je dokładnie wysmarować jodem. Pacjent powinien trzymać usta otwarte aż jod podziała pewien czas. Związki jodowe, które się tymczasem wytworzyły, można najlepiej usunąć czyszcząc zęby przy pomocy następujących środków: drobno sproszkowany pomeks i Ortizon miesza się w jednakowych ilościach w kilku kroplach roztworu wody utlenionej. Pastą tą smaruje się następnie ząbkowaną szczoteczkę do czyszczenia zębów i szczoteczką tą usuwa się osad zębowy. Mieszanina, którą należy zawsze świeżo przygotowywać, wyróżnia się swemi bielącemi własnościami.

Tlenki metali, zamienione na jodki, wytwarzają podczas czyszczenia tlen, co przyczynia się do obfitego powstawania tlenu in statu nascendi.

Wewnątrzpochodne zabarwienie zębów uzależnia się zwykle od produktów rozszczepienia hemoglobiny i od leków; stwierdza się je najczęściej po złem leczeniu korzeni i niedostatecznem oczyszczeniu miazgi.

Zalecane dawniej do usunięcia omawianego zabarwienia połączenie leczenia wodą utlenioną i promieniami pozafioletowemi ma pewne strony ujemne. Lepsze wyniki można osiągnąć stosując leczenie wodą utlenioną i przypalaniem galwanicznem: tampon waty, zwilżony nie zawierającą kwasów świeżą wodą utlenioną, wkłada się do jamy, poczem przeprowadza się rozpalony do białości galwanokauter w odstępach 1 — 2 mm od dolnego doustnego brzega zęba, dopóki nie uzyska się zupełnie białego zabarwienia.

Lekarz-dentysta Helge Schou,

(Tandlaegebladet 1929, Nr. 5.)

Dawkowanie Vigantolu.

12 niemowląt, które w chwili rozpoczęcia leczenia Vigantolem miały od 3 do $7^1/_2$ miesięcy, podzielono na trzy grupy: pierwszym 4 niemowlętom podawano 3 × 3 krople 0,2%-owego roztworu Vigantolu (0,72 mg), następnym trzem 3 × 2 (0,48 mg) i wreszcie pozostałym 5 niemowlętom podawano zaledwie 3 × 1 kroplę (0,24 mg). We wszystkich przypadkach osiągnięto pomyślne wyniki lecznicze, w każdym jednak razie kliniczne wyleczenie trzeciej grupy okazało się w porównaniu z obu pierwszemi grupami znacznie późniejszem. 0,24 mg pro die wystarcza więc, coprawda, dla zadziałania na krzywicę, dawka ta jednak przedstawia już dolną granicę; najskuteczniejsza dawka dobowa wynosi $^1/_2$ mg. Istniejąca jednocześnie u 5 niemowląt spazmofilja cofnęła się bardzo szybko nawet pod wpływem dawki 0,24 mg. U jednego niemowlęcia dawka dobowa 0,24 mg Vigantolu nie okazała się

wystarczającą dla zwalczenia objawów spazmofilicznych, które ustąpiły dopiero pod wpływem dawki 0,48 mg. Do leczenia więc ciężkich postaci krzywicy wystarcza dawka dobowa 0,5 mg, czyli 6 — 8 kropel znajdującego się obecnie w sprzedaży standaryzowanego Vigantolu w oliwie. *Dr. Catel,*

Klin. chor. dziec. Uniw. Lipskiego. (Mtsschr. f. Kinderheilk. 1929, tom 45.)

O narkozie Avertinowej.

Edwards stosuje już przeszło od roku usypiania Avertiną. Ani razu nie spostrzegał on przytem spadku ciśnienia krwi więcej niż o 30 mm Hg. Lekka sinica zdarza się często; przyjmuje ona większe rozmiary dopiero po dawkach przekraczających 0,1 g Avertiny na kg, wrażliwość osobista jest jednak bardzo różna. Podanie morfiny poprzedniego wieczora pogłębia wprawdzie uśpienie, stan jednak ogólny, oddech i zabarwienie skóry zachowują się znacznie lepiej bez morfiny, i potrzebnem jest jedynie bardzo nieznaczne powiększenie dodanego środka usypiającego do wziewania. *Edwards* proponuje (podobnie jak i *Pribram*) stosowanie tyroksyny, gdyż przyspiesza ona wydalanie Avertiny. Choroby nerek, wątroby i jelit grubych oraz niewydolność tarczycy są przeciwwskazaniem do stosowania Avertiny. *Dr. Edwards, Londyn,*

(Brit. med. Journ. 1929, Nr. 3589.)

O leczeniu gruźlicy kwasem krzemowym.

Forster stosował leczenie kwasem krzemowym (przetwory O_2 Si względnie herbatka) u chorych na gruźlicę. Wobec tego, że kwas krzemowy jest jedynie środkiem pomocniczym, a nie leczniczym, podawano jednocześnie również i preparaty wapniowe i inne środki wzmacniające. Z 15 historyj chorób wynika, że w niektórych przypadkach gruźlicy płuc udaje się osiągnąć przy pomocy leczenia wapniem i kwasem krzemowym szybkie postępowanie poprawy. Wystarczają małe dawki. Największe rozpowszechnienie pozyskały estry kwasu krzemowego, a zwłaszcza Silistren.

Dr. J. Forster.

Uzdrowisko Kohlbruck koło Passawy. (Die Tuberculose, 1929, Nr. 6.)

O nieszkodliwości przedawkowania Vigantolu i ujemnym wyniku leczenia Vigantolem łuszczycy.

Hess wykazał, jak wiadomo, że działanie naświetlania promieniami pozafioletowemi polega na uczynnianiu ergosteryny zawartej w skórze i że przedstawia ono wobec tego rodzaj śródskórnego leczenia Vigantolem.

Wobec tego, że naświetlanie lampą kwarcową wpływa pomyślnie na łuszczycę i wobec spostrzeżeń, że naświetlanie całego ciała działa dodatnio również i na łuszczycę owłosionej części głowy i to nawet wówczas, gdy samej głowy bezpośrednio nie naświetlano, narzucało się przypuszczenie, że podawanie Vigantolu do wewnątrz mogłoby zadziałać leczniczo również i na łuszczycę. Dwie dokonane próby nie dały jednak, niestety, spodziewanego wyniku. Pomimo to pozwalam sobie na ogłoszenie niniejszej notatki, jedna bowiem z moich prób przedstawia przyczynek do wyjaśnienia pytania, czy przedawkowanie Vigantolu może być niebezpiecznem i uzupełnia w ten sposób prace *Holtza, Branda, Lubitscha, Lübkego* i *Wallersteina.*

W pierwszym przypadku dawka Vigantolu wynosiła 3 razy dziennie po 5 cm^3 Vigantolu w oliwie, ogółem 100 cm^3, w przypadku drugim podawano codziennie w ciągu miesiąca 3 razy dziennie po 20 kropel Vigantolu w oliwie.

Wyniki tych doświadczeń okazały się, jak to już wspomnieliśmy, całkowicie ujemne, w ciągu jednak 3 miesięcy starannego spostrzegania chorych nie zauważono żadnych szkodliwych objawów działania ubocznego. Obaj chorzy dotknięci byli średnio-ciężką, uogólnioną, skłonną do nawrotów postacią łuszczycy. Prób leczenia dokonano preparatem niestandaryzowanym.

Celem niniejszej krótkiej notatki nie jest, oczywiście, zachęcanie do mniej starannego dawkowania Vigantolu, pragnąłbym jedynie zwrócić uwagę, że przesadna obawa pod tym względem nie ma żadnych podstaw.

Dr. Kaj Philipsen.

Odense, Danja.

O działaniu trującem surowej fasoli i jej kiełków.

Pewien 73-letni mężczyzna zjadł 10 g kiełkującej już od 6 dni fasoli. Jego 38-io letnia córka zjadła trzy ziarnka tej fasoli. (Phaseolus coccineus). Po 3 godzinach wystąpiły mdłości i wymioty, u mężczyzny zaś również i biegunka. Badanie w zakładzie farmakologicznym w Innsbruku wykazało, że mieliśmy tu do czynienia z zatruciem phasiną, przebiegającem, jak wiadomo, z nieżytem żołądkowo - jelitowym, obrzękiem wątroby i urobilinurją. Przypadek podobnego zatrucia opisał już dawno *Kobert*. Doświadczenia z żywieniem surową fasolą myszy i badania nad aglutynacją krwi wykazały, że zawartość phasiny w czerwonej fasoli nie jest większa niż w zwykłej ogrodowej. Młode kiełki czerwonej fasoli zawierają taką samą ilość phasiny jak nie kiełkujące ziarna.

Faschingbauer i Kofler,
Innsbruck.
(Wien. klin. Wo. 1929, Nr. 33.)

KONGRESY I ZJAZDY:

8—9 czerwca 1930 r. V polski Zjazd Stomatologiczny we Lwowie.

12—15 sierpnia 1930 r. VII Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslö. Zgłoszenia przyjmuje i wszelkich informacyj udziela Polskie Tow. Przeciwgruźlicze, Warszawa, Chocimska 24, w godz. 11—14.

14—18 września 1930 r. V Kongres Międzynarodowy Przyrodolecznictwa w Liège.

18—21 września 1930 r. II Zjazd Ligi Międzynarodowej walki z reumatyzmem w Liège. Informacyj o obu powyższych zjazdach w Liège udziela dr. Raszeja, sekretarjat Polskiego Komitetu Narodowego w Poznaniu, Klinika Ortopedyczna, ulica Gąsiorowskiego Nr. 7.

MIANOWANIA:

Dr. med. J. Glatzel, mianowany został prymarjuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Wydział lekarski Uniw. Jagiellońskiego przedstawi doc. J. Glatzla do nominacji na profesora nadzwyczajnego II katedry chirurgji w Krakowie.

Dr. J. Rutkowski, asystent II kliniki chirurgicznej w Warszawie, habilitował się jako docent chirurgji Uniw. Warszawskiego.

ZMARLI:

Dr. med. Wiktoryn Kosmowski, założyciel wielu instytucyj społecznych, nestor pedjatrów warszawskich, członek honorowy Tow. Higjenicznego w Warszawie.

Dr. med. Witosław Dąbrowski, lekarz naczelny Szpitala św. Stanisława w Warszawie, prezes Warszawskiego Tow. Higjenicznego.

Dr. med. Ireneusz Wierzejewski, profesor Uniwersytetu Poznańskiego, dyrektor Kliniki Ortopedycznej.

Dr. med. Antoni Michałowski, członek honorowy Warszawskiego Tow. Lekarskiego, b. prezes Stowarzyszenia Lekarzy w Otwocku.

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr. 6

ISTIZIN

PRZYJEMNIE DZIAŁAJĄCY,
POZBAWIONY PRZYKREGO SMAKU

ŚRODEK CZYSZCZĄCY
(chemicznie zbliżony do emodyny)
popularny lek dla regulowania czynności kiszek

ISTIZIN NIE JEST PREPARATEM FENOLFTALEINOWYM

Opakowanie oryginalne:
Tabletki po 0,15 g w rurkach po 10 i 30 sztuk oraz flakony po 60 sztuk.
Cukierki (b. smaczne) po 0,3 g, w pudełku po 10 szt.

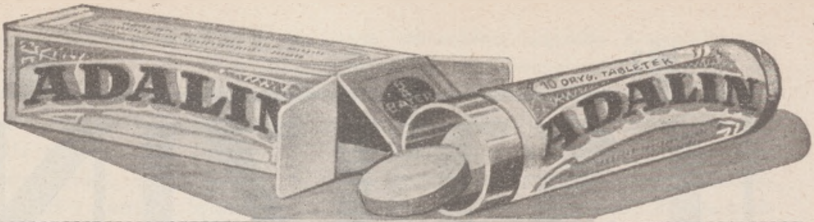


»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT ⁑ LEVERKUSEN n. R.

wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, Hipoteczna Nr. 5, skrzynka pocztowa 748,
wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie.



ADALIN

(bromodwuetyloacetylomocznik)

Niezawodnie działający

środek nasenny

o wybitnych własnościach

uspokajających

przy zaburzeniach nerwowych

wszelkiego rodzaju

Opakowania oryginalne:

rurki po 10 i 20 tabletek, à 0,5 g

małe opakowania: 6 tabletek po 0,5 g

»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT ⁂ LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agent. „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5, — skrzynka pocztowa 748,

wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE